

2012

# INFORME MUNDIAL SOBRE LOS PROGRESOS REALIZADOS

en la aplicación del  
**Convenio** Marco de la OMS  
para el Control del Tabaco



**F C T C**

CONVENIO MARCO DE LA OMS  
PARA EL CONTROL DEL TABACO



# 2012

## **INFORME MUNDIAL SOBRE LOS PROGRESOS REALIZADOS**

en la aplicación del  
**Convenio** Marco de la OMS  
para el Control del Tabaco



**F C T C**

CONVENIO MARCO DE LA OMS  
PARA EL CONTROL DEL TABACO

## **Catalogación por la Biblioteca de la OMS:**

2012 Informe mundial sobre los progresos realizados en la aplicación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco.

1. Industria del tabaco – legislación. 2. Tabaquismo – prevención y control. 3. Trastorno por uso de tabaco - mortalidad. 4. Tabaco – efectos adversos. 5. Mercadeo – legislación. 6. Cooperación internacional. 7. Tratados. I. Organización Mundial de la Salud.

ISBN 978 92 4 350465 0

(Clasificación NLM: WM 290)

## **NOTA DE AGRADECIMIENTO**

Este informe ha sido preparado por la Secretaría del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Expresamos nuestro agradecimiento a la Iniciativa OMS Libérase del tabaco por el apoyo prestado con relación a la sección 4 del informe, así como al equipo de investigación del Banco Mundial con relación a la sección 3.2.

Las versiones española y francesa del presente informe se han producido con la ayuda financiera de la Unión Europea. De ningún modo podrá considerarse que los puntos de vista expresados en ella reflejen la opinión oficial de la Unión Europea.

## **© Organización Mundial de la Salud 2013**

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud están disponibles en el sitio web de la OMS ([www.who.int](http://www.who.int)) o pueden comprarse a Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: [bookorders@who.int](mailto:bookorders@who.int)).

Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS - ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales - deben dirigirse a Ediciones de la OMS a través del sitio web de la OMS ([http://www.who.int/about/licensing/copyright\\_form/en/index.html](http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html)).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Diseño y maquetación: Punto Graphico Graphic Design and Printing Services.  
Printed in France.

# ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>5</b>
<b>2. PROGRESOS REALIZADOS EN LA APLICACIÓN DEL CONVENIO</b>	<b>6</b>
<b>3. APLICACIÓN DE LAS DISTINTAS DISPOSICIONES DEL CONVENIO</b>	<b>10</b>
3.1. Obligaciones generales ( <i>Parte II del Convenio</i> )	<b>10</b>
3.2. Reducción de la demanda de tabaco ( <i>Parte III del Convenio</i> )	<b>14</b>
3.3. Reducción de la oferta de tabaco ( <i>Parte IV del Convenio</i> )	<b>45</b>
3.4. Cuestiones relacionadas con la responsabilidad ( <i>Parte VI del Convenio</i> )	<b>53</b>
3.5. Cooperación técnica y científica ( <i>Parte VII del Convenio</i> )	<b>54</b>
<b>4. PREVALENCIA DEL CONSUMO DE TABACO Y MORTALIDAD ASOCIADA A ESTE</b>	<b>61</b>
4.1. Prevalencia	<b>61</b>
4.2. Mortalidad asociada al consumo de tabaco	<b>65</b>
<b>5. PRIORIDADES Y OBSTÁCULOS EN LA APLICACIÓN DEL CONVENIO</b>	<b>66</b>
<b>6. CONCLUSIONES</b>	<b>68</b>
<b>ANEXOS</b>	
<b>Anexo 1:</b> Informes recibidos de las Partes – Situación a 15 de junio de 2012	<b>70</b>
<b>Anexo 2:</b> Lista de indicadores utilizados en la evaluación del estado de aplicación actual y progresos realizados en la aplicación del Convenio a lo largo de los distintos ciclos de presentación de informes	<b>76</b>
<b>Anexo 3:</b> Estado de aplicación de las disposiciones del Convenio sujetas a plazo	<b>82</b>





## 1. INTRODUCCIÓN

El presente informe de 2012 sobre los progresos realizados a escala mundial es el quinto de la serie. Ha sido preparado de conformidad con la decisión FCTC/COP1(14), adoptada por la Conferencia de las Partes en su primera reunión, por la que se establece un régimen de presentación de informes con arreglo al Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT de la OMS), y la decisión FCTC/COP4(16), adoptada en su cuarta reunión, por la que el ciclo de presentación de informes previsto en el Convenio se sincroniza con el ciclo de las reuniones ordinarias de la Conferencia de las Partes. En la decisión FCTC/COP4 (16) también se pide a la Secretaría del Convenio que presente informes sobre los progresos realizados a nivel mundial en la aplicación del Convenio Marco, tomando como base los informes presentados por las Partes durante los respectivos ciclos de presentación de informes, con el fin de someterlos a la consideración de la Conferencia de las Partes en cada una de sus reuniones ordinarias.

El informe sobre los progresos realizados a nivel mundial tiene un alcance triple:

- en primer lugar, proporciona una visión general sobre el estado de aplicación del Convenio a nivel mundial, partiendo de los informes presentados por las Partes en 2012, con arreglo al ciclo de presentación de informes establecido;<sup>1</sup>
- en segundo lugar, permite hacer un seguimiento de los progresos realizados en la aplicación del Convenio entre los distintos periodos que abarca cada informe;<sup>2</sup>
- en tercer lugar, permite llegar a conclusiones generales sobre los progresos realizados en la aplicación del Convenio, así como sobre las oportunidades y los obstáculos hallados, y contiene importantes observaciones respecto de cada artículo.

En el periodo de presentación de informes de 2012, la Secretaría recibió los informes de 126 de las 174 Partes que debían informar (72%). Salvo que se indique otra cosa, la información aportada a lo largo del presente informe se basa en los informes presentados por esas 126 Partes.<sup>3</sup>

En la medida de lo posible, el informe sigue la estructura del Convenio y del instrumento de presentación de informes.

<sup>1</sup> El plazo para la presentación de informes sobre la aplicación de las Partes se extendió del 1 de enero al 30 de abril de 2012. En el presente informe 2012 sobre los progresos realizados a escala mundial, la Secretaría ha incluido los informes presentados en el plazo indicado, así como los informes enviados por las Partes antes del 15 de junio de 2012. De conformidad con la decisión FCTC/COP4(16), las Partes que presentaron un informe de aplicación en 2011 no estaban obligadas a presentar un nuevo informe en 2012. Por consiguiente, los informes presentados por las Partes en 2011 han sido incluidos en el nuevo ciclo de presentación de informes de 2012. De los 126 informes, 31 fueron presentados en 2011 (algunas de las Partes presentaron actualizaciones en 2012) y 95 en 2012.

<sup>2</sup> A saber, los informes presentados entre 2007 y 2010, y los presentados en 2011–2012.

<sup>3</sup> Afganistán, Albania, Alemania, Antigua y Barbuda, Argelia, Australia, Austria, Azerbaiyán, Bahamas, Bahrein, Bangladesh, Barbados, Belarús, Bélgica, Benin, Bhután, Bolivia (Estado Plurinacional de), Bosnia y Herzegovina, Botswana, Brasil, Brunei Darussalam, Bulgaria, Burkina Faso, Camboya, Canadá, Chad, Chile, China, Chipre, Colombia, Comoras, Congo, Costa Rica, Croacia, Dinamarca, Djibouti, Ecuador, Egipto, Emiratos Árabes Unidos, Eslovenia, España, Estonia, Federación de Rusia, Fiji, Filipinas, Finlandia, Francia, Gabón, Gambia, Georgia, Ghana, Grecia, Guatemala, Guyana, Honduras, Hungría, Iraq, Irlanda, Islandia, Islas Cook, Islas Salomón, Israel, Italia, Japón, Jordania, Kazajstán, Kirguistán, Kuwait, Lesotho, Letonia, Líbano, Libia, Lituania, Madagascar, Malasia, Malí, Malta, México, Micronesia (Estados Federados de), Mongolia, Montenegro, Namibia, Nepal, Níger, Noruega, Nueva Zelanda, Omán, Países Bajos, Palau, Panamá, Paraguay, Perú, Portugal, Qatar, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, República Centroafricana, República de Corea, República de Moldova, República Democrática Popular Lao, República Popular Democrática de Corea, Rwanda, Saint Kitts y Nevis, San Marino, San Vicente y las Granadinas, Santo Tomé y Príncipe, Senegal, Serbia, Seychelles, Sierra Leona, Singapur, Sri Lanka, Sudáfrica, Sudán, Suecia, Surinam, Swazilandia, Togo, Tonga, Trinidad y Tabago, Túnez, Turquía, Tuvalu, Ucrania, Vanuatu, Viet Nam y Yemen.

## 2. PROGRESOS REALIZADOS EN LA APLICACIÓN DEL CONVENIO

### *Estado actual de aplicación<sup>4</sup>*

Se ha evaluado el estado de aplicación general de todos los artículos sustantivos del Convenio a partir de las tasas de aplicación<sup>5</sup> de todas las disposiciones incluidas en el instrumento de presentación de informes con relación a cada artículo. Ello incluye el análisis de los 138 indicadores relacionados con los 16 artículos sustantivos incluidos en el instrumento de presentación de informes (véase en el anexo 2 la lista de indicadores).

De acuerdo con los informes presentados, los artículos que han tenido las mayores tasas de cumplimiento, con tasas medias de aplicación superiores al 65% en las 126 Partes analizadas, son, en orden descendente, el artículo 8 (*Protección contra la exposición al humo de tabaco*), el artículo 12 (*Educación, comunicación, formación y concientización del público*), el artículo 16 (*Ventas a menores y por menores*), y el artículo 11 (*Empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco*).

Seguidamente se encuentra un grupo de artículos cuya tasa de aplicación se sitúa entre el 40% y el 60%, a saber, de nuevo en orden descendente, el artículo 15 (*Comercio ilícito de productos de tabaco*), el artículo 5 (*Obligaciones generales*<sup>6</sup>), el artículo 10 (*Reglamentación de la divulgación de información sobre los productos de tabaco*), el artículo 20 (*Investigación, vigilancia e intercambio de información*), el artículo 14 (*Medidas de reducción de la demanda relativas a la dependencia y al abandono del tabaco*), el artículo 6 (*Medidas relacionadas con los precios e impuestos para reducir la demanda de tabaco*), el artículo 9 (*Reglamentación del contenido de los productos de tabaco*) y el artículo 13 (*Publicidad, promoción y patrocinio del tabaco*<sup>7</sup>).

Los artículos que tienen las tasas más bajas de aplicación, inferiores al 25%, son el artículo 18 (*Protección del medio ambiente y de la salud de las personas*<sup>8</sup>), el artículo 22 (*Cooperación científica, técnica y jurídica, y prestación de asesoramiento especializado*), el artículo 19 (*Responsabilidad*) y el artículo 17 (*Apoyo a actividades alternativas económicamente viables*<sup>9</sup>). (Véase la Figura 1).

### *Progresos realizados en materia de aplicación entre periodos de notificación*

También se ha tratado de evaluar los progresos realizados a escala mundial en la aplicación de determinados artículos entre los dos periodos de notificación.<sup>10</sup> Hay un número considerable de Partes que están presentes en ambos grupos, lo que ofrece la posibilidad de establecer comparaciones aceptables (107 Partes están representadas en ambos grupos). Los indicadores seleccionados son los que han aparecido de forma sistemática en los distintos periodos de notificación. En la evaluación de los progresos

<sup>4</sup> A 15 de junio de 2012.

<sup>5</sup> Las tasas de aplicación corresponden al porcentaje de todas las Partes notificantes que han respondido afirmativamente con relación a la aplicación de cada una de las disposiciones.

<sup>6</sup> Las tasas de aplicación oscilan entre el 41% en el caso del artículo 5.3, relativo a la protección contra los intereses de la industria tabacalera, y el 60% y el 65% de los artículos 5.1 y 5.2, relativos a la coordinación, estrategias y programas multisectoriales.

<sup>7</sup> Incluida la implantación de una prohibición total de la publicidad, la promoción y el patrocinio transfronterizos que tengan origen en el territorio de la Parte en cuestión, de conformidad con el artículo 13.2.

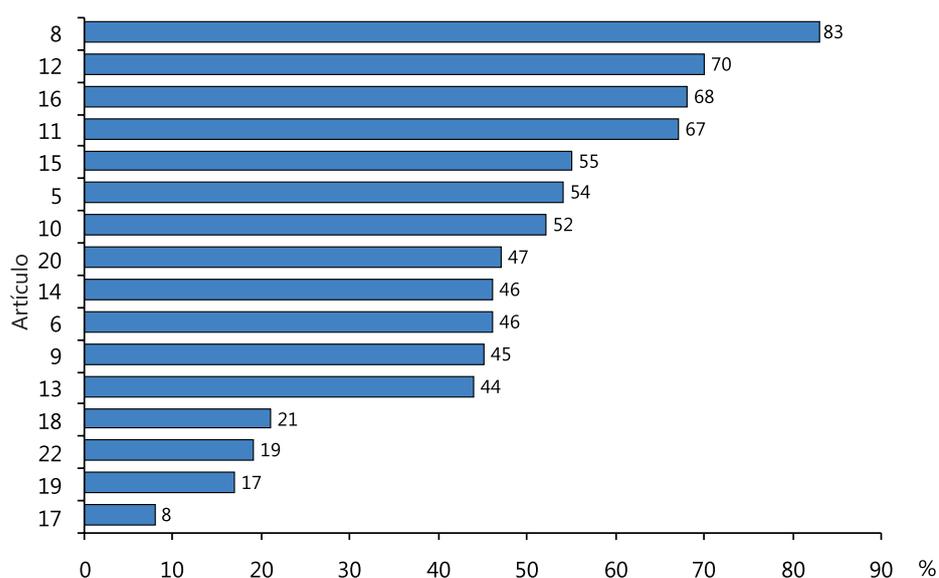
<sup>8</sup> Únicamente se han tenido en cuenta las respuestas de las Partes que han indicado que las disposiciones relativas al cultivo y la fabricación del tabaco son aplicables en su territorio.

<sup>9</sup> Únicamente se han tenido en cuenta las respuestas de las Partes que han indicado que las disposiciones relativas a los cultivadores de tabaco, los trabajadores tabacaleros y los pequeños vendedores de tabaco son aplicables en su territorio.

<sup>10</sup> A saber, los informes presentados entre 2007 y 2010, y en 2011-2012.



**Figura 1. Tasas medias de aplicación (%) de los artículos sustantivos**



realizados en la aplicación,<sup>11</sup> se utilizó un total de 59 indicadores que permiten establecer comparaciones.<sup>12</sup>

Hay tres artículos con relación a los que ha habido cambios muy positivos a lo largo de los dos periodos de presentación de informes. La tasa media de aplicación<sup>13</sup> de las disposiciones contenidas en el artículo 8 aumentó en 15 puntos porcentuales (del 44% al 59%). El siguiente cambio positivo se ha observado con relación al artículo 13 (la prohibición total de publicidad ha experimentado un incremento de 12 puntos porcentuales),<sup>14</sup> seguido del artículo 12 (con un incremento de 11 puntos porcentuales). El avance ha sido más lento con relación a otros cuatro artículos: el artículo 16 (con un incremento de 7 puntos porcentuales), el artículo 20 (con un incremento de 5 puntos porcentuales), el artículo 22<sup>15</sup> (con un incremento de 4 puntos porcentuales) y el artículo 14 (con un incremento de 3 puntos porcentuales). En los demás casos el cambio es menos notable (véase la Figura 2).

En general, la tasa media de aplicación de las disposiciones de todos los artículos sustantivos del tratado ha aumentado en 4 puntos porcentuales durante este periodo, esto es, del 52% en 2010 al 56% en 2012.

En 2014 se llevará a cabo un ejercicio similar, si bien partiendo de una base de comparación más amplia, dada la estabilidad alcanzada con relación al instrumento de presentación de informes. Entre tanto, es fundamental que la labor para mejorar la comparabilidad de los datos aportados siga intensificándose y reforzándose. Tales esfuerzos han de centrarse en aumentar la capacidad de los países para elaborar y presentar informes; mejorar los conocimientos, las competencias y la formación de los evaluadores; y facilitar la recopilación de datos específicos relativos al tratado a nivel nacional, promoviendo un entendimiento común de las obligaciones contenidas en el instrumento de presentación

<sup>11</sup> Dado el carácter específico de los datos relativos a los impuestos y los precios del tabaco, los progresos realizados en la aplicación del artículo 6 se exponen en la sección que trata de ese artículo.

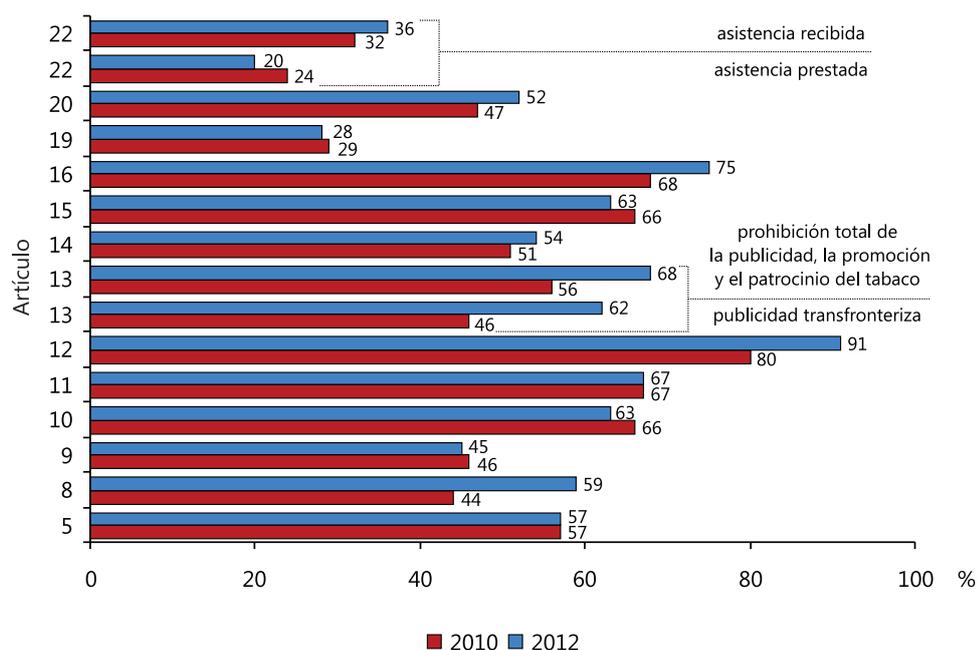
<sup>12</sup> Véase el anexo 2.

<sup>13</sup> Las tasas de aplicación son iguales al porcentaje que representan las Partes que han respondido afirmativamente con relación a la aplicación de cada una de las disposiciones analizadas de las 107 Partes que tienen informes comparables de los dos periodos de notificación.

<sup>14</sup> El cambio observado a lo largo de los periodos de presentación de informes con relación a la inclusión en la prohibición total de la publicidad, la promoción y el patrocinio transfronterizos que tengan su origen en el territorio de la Parte es incluso más pronunciado (+16 puntos porcentuales).

<sup>15</sup> Con relación a la asistencia en la aplicación recibida por las Partes.

**Figura 2. Cambios porcentuales en las tasas medias de aplicación de cada artículo**



de informes en materia de presentación de datos. Las propuestas de la Secretaría a efectos de seguir desarrollando y promoviendo las definiciones y los indicadores utilizados en el instrumento de presentación de informes serán sometidas a la consideración de la Conferencia de las Partes en su quinta reunión.

En lo que respecta a los progresos realizados, cabe añadir que la información aportada por las 159 Partes que han presentado al menos un informe de aplicación desde 2007 indica que el 79% de las Partes bien han reforzado la legislación existente, o han adoptado nuevas leyes en materia de lucha antitabáquica tras la ratificación del Convenio (véase la sección 3.1). Ahora bien, el actual instrumento de presentación de informes no permite evaluar la exhaustividad de dichas leyes ni la conformidad de estas con el Convenio en todos sus términos.

Las Partes también aportaron sus propias evaluaciones y explicaciones acerca de los progresos realizados en la aplicación de las obligaciones del Convenio en sus respuestas a las preguntas abiertas que figuran en todas las secciones sobre políticas del instrumento de presentación de informes. El número de Partes que informaron sobre los progresos realizados varía considerablemente en función de los artículos. Casi 100 Partes indicaron que ha habido avances en materia de educación, comunicación, formación y concientización del público; formulación de leyes, estrategias y planes de acción para el control del tabaco, y creación de una infraestructura de apoyo; y promoción de los ambientes libres de humo. En cambio, menos del 20% de las Partes indicó que ha habido progresos en las áreas de responsabilidad; alternativas al cultivo de tabaco, y protección del medio ambiente. Independientemente de las cifras, el intercambio de información permite



Advertencia gráfica del Uruguay. Fotografía por cortesía del Ministerio de Salud Pública del Uruguay.



que las Partes puedan encontrar otras Partes con experiencia, y contribuye a promover la difusión de buenas prácticas.

### *Algunos logros importantes recientes*

Muchas Partes informaron sobre la reciente adopción de medidas más estrictas en aplicación del artículo 2 del Convenio. Esas medidas constituyen logros importantes, tal y como se propugna, entre otras cosas, en las directrices adoptadas por la Conferencia de las Partes, lo que en algunos casos podría estimular y acelerar la aplicación del Convenio a nivel internacional. A continuación figuran algunos ejemplos.

Con relación al artículo 8, existe una tendencia reciente dirigida a extender la prohibición de fumar a zonas semicubiertas y espacios al aire libre, como playas (en algunos estados australianos) y a zonas verdes y parques infantiles de recreo (por ejemplo, en el Canadá). Con relación a los artículos 9 y 10, el Brasil ha prohibido el uso de aditivos en los cigarrillos y otros productos de tabaco que se venden en el país. En relación con el artículo 11, algunas Partes han aumentado considerablemente el tamaño de las advertencias sanitarias gráficas, por ejemplo el Uruguay (al 80%) y Mauricio (al 65%); Australia exige que los productos de tabaco tengan un envasado sencillo y algunas otras Partes han señalado que probablemente seguirán su ejemplo. Con respecto al artículo 13, nueve Partes<sup>16</sup> indicaron que recientemente han prohibido la exhibición de productos de tabaco, y cinco Partes<sup>17</sup> han prohibido la publicidad de los productos de tabaco en los puntos de venta. Con relación al artículo 16, la nueva legislación del Nepal en materia de control del tabaco prohíbe la venta de productos de tabaco no solo a menores, sino también a las mujeres embarazadas.

Otro hecho es que Bhután indicó que ha adoptado una legislación que exige la prohibición total de venta de tabaco, y Finlandia y Nueva Zelandia informaron sobre sus esfuerzos para convertirse en lugares totalmente libres de tabaco.

---

<sup>16</sup> Australia (a nivel subnacional), Canadá, Finlandia, Irlanda, Nepal, Noruega, Nueva Zelandia, Palau y Panamá.

<sup>17</sup> Australia (a nivel subnacional), Finlandia, Irlanda, Nepal y Ucrania.

### 3. APLICACIÓN DE LAS DISTINTAS DISPOSICIONES DEL CONVENIO

#### 3.1 Obligaciones generales (*Parte II del Convenio*)

#### **Artículo 5** *Obligaciones generales*

Este artículo insta a las Partes a que establezcan una infraestructura básica para combatir el consumo de tabaco, incluido un mecanismo de coordinación nacional; a que formulen y apliquen estrategias y planes multisectoriales integrales de control del tabaco, y leyes antitabáquicas; y a que adopten las medidas necesarias para proteger ese proceso de los intereses de la industria tabacalera. El artículo también propugna la cooperación internacional y se refiere la necesidad de obtener recursos financieros para la aplicación del Convenio.

**Estrategias, planes y programas integrales de control del tabaco (artículo 5.1).** Más de la mitad de las Partes (74) declararon contar con ese tipo de estrategias, planes y políticas. Asimismo, varias Partes señalaron los obstáculos específicos a que se enfrentan con relación a esa obligación prevista en el Convenio, cuya importancia y efectos son generales. Además, 21 Partes<sup>18</sup> aportaron el texto pertinente, bien mediante un enlace a un sitio web o en un anexo a su informe sobre la aplicación. Cuarenta y tres de las Partes que señalaron que no disponen de estrategias, planes y programas integrales de control del tabaco específicos, indicaron que las medidas antitabáquicas están integradas en otras estrategias y planes nacionales de mayor alcance (como por ejemplo, programas para la promoción de la salud, la prevención de enfermedades no transmisibles, la prevención de enfermedades cardiovasculares, la lucha contra el cáncer, la drogadicción, el alcohol y el tabaco, los planes nacionales de desarrollo y los planes estratégicos de salud).

En la mayoría de las Partes, esos programas están dirigidos por los ministerios de salud (bien en solitario o en coordinación con un organismo subordinado), y su cometido en relación con esos programas incluye las funciones de planificación, ejecución, coordinación, seguimiento y evaluación. En las Partes donde hay sistemas federales, el programa nacional se elabora y ejecuta de forma conjunta entre los estados, las regiones y los municipios. Al proporcionar información más detallada, varias Partes también señalaron que se habían encontrado con obstáculos o habían experimentado contratiempos. Así por ejemplo, Santo Tomé y Príncipe y el Yemen indicaron que si bien cuentan con un plan de acción nacional, su aplicación se ha visto postergada debido a la falta de fondos, mientras el Paraguay advirtió que el presupuesto dedicado a la aplicación del programa de control del tabaco había sido recortado.

**Infraestructura para el control del tabaco (artículo 5.2 a)).** Las Partes informaron acerca de si habían establecido o reforzado y financiado un mecanismo coordinador nacional o centros de coordinación para el control del tabaco.

- **Centro de coordinación para el control del tabaco.** La mayoría de las Partes (102) señalaron que han designado un centro nacional de coordinación para el control del tabaco. Ahora bien, en algunos casos, las atribuciones de dicho centro de coordinación abarcan múltiples áreas, lo que podría indicar que los medios nacionales para combatir el tabaco siguen siendo insuficientes.
- **Unidad para la lucha contra el tabaco.** Más de la mitad de las Partes (76) señalaron que han creado una unidad para la lucha contra el tabaco. En la mayoría de los

<sup>18</sup> Alemania, Australia, Belarús, Brasil, Burkina Faso, Chad, Congo, Djibouti, Ecuador, Fiji, Filipinas, Islas Cook, Kirguistán, Letonia, Madagascar, República de Moldova, Suecia, Turquía, Ucrania, Reino Unido y Viet Nam.

casos, esas unidades están integradas en el ministerio de salud o en un organismo de salud pública que depende del ministerio de salud. Varias Partes aportaron información adicional detallada. El Afganistán y el Perú indicaron que tienen previsto crear una unidad de control del tabaco en sus ministerios de salud, mientras que Malasia y España han reforzado los medios con que cuentan las unidades existentes.

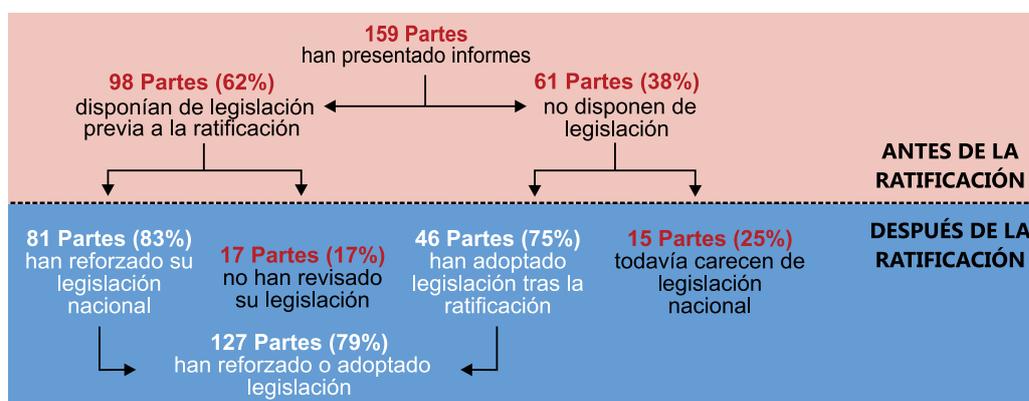
- Mecanismo coordinador nacional para el control del tabaco.** Más de dos tercios de las Partes (91) señalaron que habían puesto en marcha dicho mecanismo de coordinación. En la mayoría de los casos ese mecanismo adopta la forma de una comisión multisectorial de alto nivel, integrada por todos los departamentos y organismos públicos pertinentes, y por otras partes interesadas, y establecida por ley u otra medida ejecutiva o administrativa. Esos mecanismos suelen estar presididos por el ministro de salud y las funciones de secretaría suelen llevarse a cabo por la unidad de control del tabaco o el centro de coordinación para el control del tabaco. En la información adicional aportada, varias Partes (Antigua y Barbuda, Congo, Senegal y Trinidad y Tabago) subrayaron que en sus países esas comisiones existen (se han establecido por vía administrativa), si bien aún no han entrado en funcionamiento y carecen de financiación suficiente.

**Adopción y aplicación de medidas eficaces legislativas, ejecutivas, administrativas o de otra índole (artículo 5.2 b)).** Los informes de las Partes ponen de manifiesto que el mayor avance habido en la aplicación del Convenio se ha conseguido mediante la adopción y aplicación de nuevas leyes o el fortalecimiento de la legislación para el control del tabaco en vigor.

Cuarenta y seis Partes<sup>19</sup> adoptaron leyes nacionales tras ratificar el Convenio. Ochenta y una de las Partes que ya contaban con legislación en la materia en el momento de la ratificación, señalaron que fortalecieron su legislación tras esta (véase la Figura 3). Una vez adoptada y promulgada, es fundamental cumplir la legislación vigente para que la aplicación del Convenio sea efectiva.

En muchas jurisdicciones, se requieren reglamentos o decretos de aplicación para aplicar las medidas legislativas y ejecutivas adoptadas por los parlamentos nacionales. La experiencia de las Partes indica que el tiempo que transcurre entre la aprobación de la legislación y el desarrollo de los reglamentos o decretos varía considerablemente, y que el proceso puede sufrir retrasos provocados por factores internos (como la falta de capacidad técnica) o por los obstáculos creados por la industria tabacalera. Muchas Partes consideran que es prioritario elaborar reglamentos para poder aplicar el artículo 5 del Convenio.

**Figura 3.** Adopción y aplicación de medidas legislativas, ejecutivas, administrativas y de otro tipo (de acuerdo con el artículo 5.2 b)) con relación a la ratificación del CMCT de la OMS



<sup>19</sup> De las 159 que han presentado al menos un informe sobre la aplicación.

## *Principales observaciones*

Las tasas de aplicación de las medidas clave previstas en el artículo 5.1 y el artículo 5.2 del Convenio apenas han sufrido cambios desde la publicación del informe de 2010 sobre los progresos realizados a escala mundial, y actualmente la tasa media de aplicación de esas disposiciones se sitúa alrededor del 68%.<sup>20</sup> El porcentaje de Partes que han indicado que formulan y aplican estrategias, planes y programas nacionales multisectoriales integrales, ha aumentado en 10 puntos porcentuales, y ha pasado del 49% en 2010 al 59% en 2012. Además, como se señaló anteriormente, tras la ratificación del tratado, más del 75% de las Partes bien han reforzado la legislación existente o han adoptado nuevas leyes en materia de control del tabaco.

Pese a los avances realizados en ese ámbito, muchos países siguen enfrentándose a dificultades. Así, el 20% de las Partes (24) señaló que no contaba con un centro de coordinación nacional para el control del tabaco, y en algunos casos las atribuciones de ese centro abarcan varias áreas, lo que podría indicar que los medios administrativos y técnicos de que dispone el país para combatir el tabaco aún son insuficientes.

Si bien más de dos tercios de las Partes (91) indicaron que disponen de un mecanismo coordinador nacional para el control del tabaco, el funcionamiento de esos mecanismos debe fortalecerse. Por un lado, hay que ampliar el espectro de instituciones y organismos públicos que participan, con el fin de que todos los sectores pertinentes de la Administración Pública puedan contribuir a la aplicación del Convenio. Por otro lado, también es preciso mejorar la funcionalidad del mecanismo, en especial en sus aspectos técnicos y financieros.

Hay 15 Partes que siguen sin legislación en materia de control del tabaco; además, 17 Partes no han revisado las leyes antitabáquicas de que disponían previamente a fin de cumplir con las obligaciones contraídas en virtud del Convenio, tras haberlo ratificado. Al mismo tiempo, se ha observado la aparición de una interesante tendencia relacionada con el contenido de la legislación antitabáquica: algunas Partes han empezado a incluir en esa legislación distintos ámbitos del Convenio que, en la mayoría de los países, tradicionalmente, se habían integrado en las estrategias o planes nacionales de acción (por ejemplo, artículos 5.3, 12, 14, 19 y 20).

Pese a las dificultades, las Partes señalaron que las obligaciones comprendidas en el ámbito de aplicación del artículo 5 siguen siendo muy pertinentes en su caso. Más de la mitad de las Partes que informaron sobre sus prioridades incluyeron la aplicación del artículo 5 entre estas. Las prioridades mencionadas con mayor frecuencia son: la adopción y aplicación de la legislación, incluida la elaboración de los reglamentos correspondientes; la formulación de estrategias y planes de acción nacionales para el control del tabaco; el cumplimiento de la legislación vigente; el fortalecimiento de los medios para combatir el tabaco, incluido el centro de coordinación o de la unidad para el control del tabaco; y el establecimiento de una comisión intersectorial para el control del tabaco.

***Protección de las políticas de salud pública de los intereses comerciales y otros intereses creados de la industria tabacalera (artículo 5.3).*** Más de la mitad de las Partes (68) indicaron haber adoptado medidas para evitar que la industria tabacalera interfiera con sus políticas de control del tabaco. Sin embargo, únicamente alrededor de un cuarto de las Partes (34) afirmaron haber adoptado medidas para poner a disposición del público información relativa a las actividades de la industria tabacalera, tal y como prevé el artículo 12 c).

<sup>20</sup> Véase la sección «Progresos realizados en la aplicación del Convenio»: cuando se combina con las tasas medias de aplicación de las medidas contenidas en el artículo 5.3 (41%), la tasa combinada baja al 54%.



El 25% de las Partes (35) también aportó información sobre los progresos realizados en la aplicación del artículo 5.3.<sup>21</sup> Así por ejemplo, Burkina Faso, Djibouti y Namibia han incluido referencias específicas en la legislación para el control del tabaco adoptada recientemente en su país a las medidas previstas en el artículo 5.3.

También se examinaron las recomendaciones propuestas a las Partes en las directrices para la aplicación de este artículo. Veinticuatro Partes indicaron que el área en que más habían avanzado en ese sentido era en la adopción de medidas para limitar la relación con la industria tabacalera y asegurar la transparencia de las que se produzcan. Las siguientes áreas mencionadas con mayor frecuencia (nueve Partes en cada caso) corresponden a los esfuerzos de sensibilización (en particular entre los funcionarios públicos y el conjunto de la población) respecto de la interferencia de la industria tabacalera en la formulación y aplicación de políticas de salud pública, y la adopción de medidas encaminadas a evitar que surjan conflictos de intereses entre los funcionarios públicos, lo que requiere elaborar códigos de conducta. Seis partes afirmaron haber avanzado a la hora de lograr que la información aportada por la industria tabacalera sea transparente y precisa, así como para desnormalizar y, en la medida de lo posible, reglamentar las actividades que la industria tabacalera describe como «socialmente responsables». Por último, cuatro Partes señalaron que habían avanzado en lo que respecta al rechazo de alianzas y acuerdos con la industria tabacalera que no sean vinculantes o de obligado cumplimiento, y dos Partes indicaron que no concedían trato preferente alguno a la industria del tabaco, de conformidad con las recomendaciones de las directrices.

### ***Principales observaciones***

Las tasas de ejecución de las medidas relacionadas con el artículo 5.3 (41%) apenas han variado desde la publicación del informe de 2010 sobre los progresos realizados a escala mundial. Al mismo tiempo, quizá convenga difundir entre las Partes la experiencia adquirida por algunas de ellas, en especial, si se ajusta a las recomendaciones de las directrices para la aplicación del artículo. Cada vez hay más Partes que, en su legislación nacional sobre control del tabaco, incluyen medidas previstas en el artículo 5.3 y recomendadas en las directrices pertinentes.

Por otra parte, la industria tabacalera también está intensificando sus esfuerzos para interferir en la adopción y aplicación de leyes y reglamentos avanzados, principalmente en materia de empaquetado y etiquetado, y promoción de los productos de tabaco. Las causas judiciales entabladas por la industria pueden poner en peligro y retrasar la aplicación de muchas de las contundentes medidas previstas en el Convenio en esas áreas. Es preciso reforzar la ayuda prestada a las Partes para combatir tales actuaciones, mediante el intercambio de información y el asesoramiento técnico y jurídico necesarios.

---

<sup>21</sup> En el sitio web [http://www.who.int/fctc/parties\\_experiences/en/index.html](http://www.who.int/fctc/parties_experiences/en/index.html), pueden consultarse ejemplos relacionados con la aplicación del artículo 5.3, incluidos por las Partes en sus informes.

### 3.2 Reducción de la demanda de tabaco (Parte III del Convenio)

## Artículo 6 *Medidas relacionadas con los precios e impuestos para reducir la demanda de tabaco*

De conformidad con este artículo las Partes están obligadas a aplicar políticas fiscales que contribuyan a la consecución de los objetivos de salud tendentes a reducir el consumo de tabaco. El artículo también se refiere a la prohibición o restricción de la venta de productos de tabaco libres de impuestos y libres de derechos de aduana.

De las 126 Partes que facilitaron un informe sobre la aplicación en el periodo de presentación de informes correspondiente a 2012, 98 proporcionaron información suficiente para llevar a cabo el análisis de los impuestos y los precios de los productos de tabaco. Casi dos tercios de las Partes (81) indicaron que aplican políticas tributarias que contribuyen a alcanzar los objetivos de salud tendentes a reducir el consumo de tabaco.

La mayoría de los datos contenidos en los informes de las Partes se refieren a los cigarrillos. La información relativa a otros productos de tabaco no era suficiente para calcular los índices de precios o los tipos impositivos medios, y, por consiguiente, en el análisis únicamente se han tenido en cuenta los impuestos y los precios de los cigarrillos. Se han empleado medias ponderadas cuando ha resultado pertinente.

**Tributación.** La información contenida en los informes de las Partes ha permitido llevar a cabo un análisis detallado sobre los impuestos especiales, el impuesto sobre el valor añadido y otros impuestos similares y derechos a la importación (véase el Cuadro 1).

**Impuestos indirectos.** La mayoría absoluta de las Partes que han aportado datos en materia tributaria (84) señalaron que gravan los cigarrillos con algún tipo de impuesto indirecto. En lo que respecta a la aplicación de distintas formas de impuestos indirectos (ad valorem, específicos o ambos), existen diferencias importantes en el tipo de tributación predominante que aplican las Partes sobre los cigarrillos. Así por ejemplo, alrededor de la mitad de las Partes de la Región de África y la Región de las Américas de la OMS señaló que únicamente aplica un impuesto ad valorem, mientras que las Partes de la Región

**Cuadro 1.** Partes que gravan los productos de tabaco con impuestos indirectos, impuestos sobre el valor añadido (IVA), impuestos sobre bienes y servicios e impuestos sobre las ventas y derechos de importación, por regiones de la OMS

Región de la OMS	Impuestos indirectos				No gravados (o se desconoce el régimen)	IVA/bienes y servicios/ventas		Derechos de importación	
	Gravados					Gravados	No gravados (o se desconoce)	Gravados	No gravados (o se desconoce)
	Ad valorem solo	Específicos solo	Ambos, ad valorem y específicos	Total					
África	13 (56%)	6 (26%)	2 (9%)	21 (91%)	2 (9%)	18 (78%)	5 (22%)	12 (52%)	11 (48%)
Américas	8 (44%)	4 (22%)	3 (17%)	15 (83%)	3 (17%)	15 (83%)	3 (17%)	7 (39%)	11 (61%)
Asia Sudoriental	1 (25%)	1 (25%)	0	2 (50%)	2 (50%)	3 (75%)	1 (25%)	2 (50%)	2 (50%)
Europa	0	4 (14%)	25 (86%)	29 (100%)	0	26 (90%)	3 (10%)	2 (7%)	27 (93%)
Mediterráneo Oriental	2 (20%)	0	3 (30%)	5 (50%)	5 (50%)	4 (40%)	6 (60%)	6 (60%)	4 (40%)
Pacífico Occidental	2 (14%)	7 (50%)	3 (22%)	12 (86%)	2 (14%)	10 (71%)	4 (29%)	7 (50%)	7 (50%)
<b>Total</b>	<b>26 (27%)</b>	<b>22 (22%)</b>	<b>36 (37%)</b>	<b>84 (86%)</b>	<b>14 (14%)</b>	<b>76 (78%)</b>	<b>22 (22%)</b>	<b>36 (37%)</b>	<b>62 (63%)</b>

de Europa tienden a favorecer una combinación de impuestos ad valorem e impuestos indirectos específicos. La mitad de las Partes de la Región del Pacífico Occidental, incluidos el Japón, Australia y Nueva Zelanda, señaló que solo aplica un impuesto indirecto específico, mientras que la misma proporción de Partes de la Región del Mediterráneo Oriental indicó que no aplica ningún impuesto indirecto.

**Impuesto sobre el valor añadido (IVA).** Setenta y seis Partes señalaron que aplican impuestos sobre el valor añadido o cualquiera de sus alternativas, tales como impuestos sobre las ventas o impuestos sobre bienes y servicios. El IVA o los impuestos sobre las ventas se aplican en la mayoría de las Partes de las distintas regiones, salvo, en general, en la Región del Mediterráneo Oriental de la OMS, donde se siguen prefiriendo los derechos de importación y no se aplica ningún otro tipo de tributación, ni siquiera impuestos indirectos.

**Derechos de importación.** La imposición de derechos de importación y su importancia suelen reflejar la estructura del comercio exterior y la estructura productiva de cada país. Así por ejemplo, los derechos de importación predominan en la estructura tributaria de muchas Partes de la Región de África y la Región del Mediterráneo Oriental, y en algunas economías pequeñas de las Regiones del Pacífico Occidental y de Asia Sudoriental, que suelen utilizar los derechos de importación como mecanismo de recaudación.

**Carga fiscal total sobre los cigarrillos.** Sesenta Partes aportaron datos suficientes como para calcular la carga fiscal total (impuestos indirectos más otros impuestos) en el precio medio de sus cigarrillos (véase el Cuadro 2). Tomando como base la información disponible, la carga tributaria total media sobre los cigarrillos asciende al 59,4%, si bien existen diferencias significativas entre las Partes y las regiones. Por ejemplo, la Región de Asia Sudoriental registra la menor media regional, mientras que la Región de Europa tiene la más alta. La heterogeneidad de la carga fiscal sobre los cigarrillos parece aumentar cuando se analizan los distintos países por separado. La carga fiscal mínima de los países de los que se dispone de informes es del 7% y la máxima del 86,3%, lo que indica una gran heterogeneidad intrarregional.

**Cambios en materia de fiscalidad entre los distintos ciclos de presentación de informes.** Se observan distintas tendencias en materia de fiscalidad sobre los cigarrillos. En primer lugar, el porcentaje de países que aplica impuestos indirectos específicos ha aumentado y ha pasado del 67% en 2010, cuando se emitió el informe anterior sobre los progresos realizados a escala mundial, al 85% en 2012. En segundo lugar, el porcentaje de Partes que aplica tipos específicos o cuenta con regímenes mixtos ha pasado del 49% en 2010 al 58% en 2012. Por último, cabe señalar que hay preferencias regionales en

**Cuadro 2.** Carga fiscal total con que las Partes gravan los cigarrillos por regiones de la OMS (% de los precios medios de venta al por menor)

Región de la OMS	Carga fiscal total con que las Partes gravan los cigarrillos (%)		
	Mínimo	Máximo	Media
África	32.0	80.3	55.5
Américas	7.0	75.0	57.9
Asia Sudoriental	10.0	51.0	30.5
Europa	12.0	86.3	68.9
Mediterráneo Oriental	33.0	67.0	49.8
Pacífico Occidental	22.5	75.0	57.6
<b>Total</b>	<b>7.0</b>	<b>86.3</b>	<b>59.4</b>

**Cuadro 3.** Porcentaje de las Partes que han indicado el tipo de impuestos indirectos que aplican sobre el tabaco en los distintos periodos de presentación de informes, por regiones de la OMS

Región de la OMS	Situación de los impuestos indirectos en 2010					Situación de los impuestos indirectos en 2012				
	Gravados				No gravados (o se desconoce el régimen)	Gravados				No gravados (o se desconoce el régimen)
	Ad valorem solo	Específicos solo	Ambos, ad valorem y específicos	Total		Ad valorem solo	Específicos solo	Ambos, ad valorem y específicos	Total	
África	19	22	7	48	52	56	26	9	91	9
Américas	42	42	0	84	16	44	22	17	83	17
Asia Sudoriental	20	40	0	60	40	25	25	0	50	50
Europa	7	22	51	80	20	0	14	86	100	0
Mediterráneo Oriental	13	6	19	38	62	20	0	30	50	50
Pacífico Occidental	18	45	14	77	23	14	50	22	86	14
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>28</b>	<b>21</b>	<b>67</b>	<b>33</b>	<b>27</b>	<b>22</b>	<b>37</b>	<b>86</b>	<b>14</b>

lo que respecta a determinados tipos de impuestos indirectos: los sistemas ad valorem predominan en las Partes de África y las Américas, mientras que las Partes de Europa prefieren los regímenes mixtos, y las Partes del Pacífico Occidental favorecen los tipos específicos (véase el Cuadro 3).

**Precios.** El precio medio de un paquete de cigarrillos ha pasado de US\$ 2,53 en 2010, según el informe precedente sobre los progresos realizados a nivel mundial, a US\$ 3,81 en 2012 (véase el Cuadro 4). Ese aumento se observa en las Partes de las distintas regiones de la OMS, salvo en Asia Sudoriental. Los precios mínimos también han experimentado aumentos significativos, en particular en las Regiones de África y Europa y en la Región de las Américas. En cuanto a Asia Sudoriental, se necesita información de un mayor número de Partes para poder extraer conclusiones definitivas acerca de la evolución de los resultados de las políticas fiscales y de precios.

**Cuadro 4.** Precio medio de los cigarrillos (US\$) en los distintos periodos de presentación de informes, por regiones de la OMS

Región de la OMS	Precio medio de los cigarrillos en US\$ por paquete de 20 cigarrillos (2012)	
	2010	2012
África	1.31	1.94
Américas	2.87	3.20
Asia Sudoriental	1.13	0.79
Europa	3.70	5.87
Mediterráneo Oriental	1.21	1.47
Pacífico Occidental	2.60	5.54
<b>Total</b>	<b>2.53</b>	<b>3.81</b>



### ***Otras medidas relacionadas con los precios e impuestos de los productos de tabaco y los aspectos económicos relacionados con el tabaco***

**Productos de tabaco libres de impuestos y libres de derechos de aduana.** Menos de un tercio de las Partes (38) señaló que ha adoptado medidas que prohíben o restringen la venta de productos de tabaco libres de impuestos a los viajeros internacionales, y menos de la mitad de las Partes (57) prohíbe o restringe la importación de productos de tabaco libres de impuestos y de derechos de aduana a los viajeros internacionales.

**Asignación de un porcentaje de los impuestos sobre el tabaco para promover la salud.** Los informes de las Partes indican que algunas de ellas incrementan los impuestos indirectos en un porcentaje determinado con el fin de obtener ingresos para fines específicos como la salud, mientras que otras destinan a tales fines un porcentaje específico de los impuestos recaudados sobre el tabaco. Catorce Partes<sup>22</sup> aportaron información sobre la asignación de fondos procedentes de impuestos. En los últimos años, tres Partes (Costa Rica, Namibia y Nepal) han adoptado nuevas leyes contra el tabaco, que prevén la creación de fondos específicos para financiar los programas de lucha antitabáquica, al menos en parte. Tres Partes (Islas Cook, República Democrática Popular Lao y Viet Nam) indicaron en sus informes que consideran que es prioritario crear fondos o fundaciones para la promoción para garantizar que la aplicación del Convenio goza de una financiación estable.

**Carga económica asociada al tabaquismo.** Solo aproximadamente un 25% de las Partes (35) aportó datos en este terreno. Dado que los gastos asociados al tabaco seguirán imponiendo una gravosa y creciente carga en los sistemas sanitarios, destinar recursos al seguimiento de tales gastos y presentar información fiable al respecto será cada vez más importante. De las 35 Partes, seis (Dinamarca, Hungría, Japón, Países Bajos, Nueva Zelanda y Noruega) proporcionaron información numérica respecto del costo directo e indirecto del consumo de tabaco para la sociedad en sus países. Los datos ponen de manifiesto que el consumo de tabaco conlleva un elevado costo directo para los sistemas de atención de salud, que aumenta considerablemente (de seis a diez veces), si también se tiene en cuenta el costo indirecto (por ejemplo, pérdida de años de vida y de calidad de vida relacionada con la salud).

### ***Principales observaciones***

En términos generales, las tendencias observadas entre los distintos periodos de presentación de informes son alentadoras: ha habido un aumento en el porcentaje de países que aplica impuestos indirectos y en el número de Partes que han implantado tipos impositivos específicos o regímenes tributarios mixtos. Ahora bien, sigue habiendo diferencias significativas entre las Partes y los grupos regionales, en lo que respecta a los niveles de tributación y a los precios de los productos de tabaco. La recopilación y el suministro de datos relativos a los impuestos y los precios del tabaco, según lo previsto en el Convenio (artículo 6.3), sigue planteando dificultades en varias Partes, en especial, en lo que respecta a productos de tabaco que no sean cigarrillos. Lo mismo ocurre con los datos relativos a la carga económica que supone el consumo de tabaco, que las Partes están obligadas a facilitar en el instrumento de presentación de informes.

Los informes también ponen de manifiesto que, en términos generales, menos de la mitad de las Partes siguen prohibiendo o restringiendo la venta e importación de productos de tabaco libres de impuestos y libres de derechos de aduana por viajeros internacionales, y que los límites a las importaciones se aplican con más frecuencia que las prohibiciones o restricciones de las ventas. Esas cifras no han variado a nivel mundial desde el último informe sobre los progresos realizados a escala mundial.

<sup>22</sup> Argelia, Austria, Costa Rica, Filipinas, Irlanda, Islandia, Mongolia, Namibia, Nepal, Panamá, Qatar, República de Corea, Serbia y Yemen.

## Artículo 8 *Protección contra la exposición al humo de tabaco*

El artículo 8 se refiere a la adopción y aplicación de medidas eficaces de protección contra la exposición al humo de tabaco en lugares de trabajo interiores, medios de transporte público, lugares públicos cerrados y, según proceda, otros lugares públicos. En 2008, la Conferencia de las Partes adoptó una serie de directrices para la aplicación del artículo 8<sup>23</sup>, que prevén un plazo de cinco años para que las Partes proporcionen protección universal contra la exposición al humo de tabaco ajeno.

**Medidas relacionadas con la protección contra la exposición al humo de tabaco, y tipo o carácter de esas medidas.** Un total de 120 Partes indicaron que han puesto en marcha medidas destinadas a proteger a sus ciudadanos de la exposición al humo de tabaco mediante la imposición de una prohibición (ya sea completa o parcial) del consumo de tabaco en lugares de trabajo interiores, medios de transporte público, lugares públicos cerrados y, según proceda, otros lugares públicos, mediante la aplicación de una serie de medidas: en la mayoría de los casos (93), por medio de la legislación nacional; en otros casos (49), mediante órdenes administrativas y ejecutivas, y en algunas Partes (23), a través de acuerdos voluntarios. Varias Partes señalaron que emplean una combinación de esas medidas. Veinticuatro Partes indicaron que han puesto en vigor leyes subnacionales y 18 Partes se refirieron a otros tipos de medidas tales como ordenanzas municipales, decisiones del Consejo de Ministros, políticas o reglamentos internos aplicados a

situaciones concretas, circulares u órdenes del ministerio de salud, actuaciones de la iniciativa Tobacco Free Villages, etc. solo seis Partes señalaron que no habían puesto en marcha ninguna medida similar.

Más de dos tercios de las Partes (90) también informaron sobre los progresos realizados en la aplicación del artículo 8. En la mayoría de los casos (34), ese avance se refiere a la aprobación y entrada en vigor de una nueva legislación antitabáquica o al fortalecimiento de las leyes contra el tabaco ya en vigor. Ecuador mencionó de forma explícita que al formular la legislación pertinente, se tuvo en cuenta el contenido de las directrices para la aplicación del artículo 8. Quince Partes señalaron que han ampliado el ámbito de aplicación de la normativa en vigor destinada a propiciar los entornos sin humo o que han fortalecido su aplicación y cumplimiento mediante medidas tales como el aumento de las penas en caso de incumplimiento, la creación de rótulos con la leyenda «No fumar» y su distribución entre las empresas interesadas, y la imposición y cobro eficaces de multas. Además, nueve Partes señalaron que están elaborando nuevas medidas que prohíben fumar.

### **DATOS RELATIVOS A LOS NIVELES DE EXPOSICIÓN AL HUMO DE TABACO CONTENIDOS EN LOS INFORMES DE LAS PARTES**

En el instrumento de presentación de informes, las Partes han de informar acerca de si disponen de datos cuantitativos respecto a la exposición de la población al humo de tabaco, de los pormenores relativos a esa exposición (incluido, si procede, un desglose por sexos y cuándo se produce esa exposición), y del año y la fuente de información.

Más del 75% de las Partes (97) que presentaron informes en 2011-2012 indicaron que disponen de datos de ámbito nacional sobre la exposición al humo de tabaco. Treinta y seis de esas Partes aportaron información acerca de la exposición en adolescentes de edades comprendidas entre los 13 y 15 años, obtenida a través de la Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes (GYTS por sus siglas en inglés) o la Encuesta Mundial de Salud a Escolares (GSHS). Seis Partes proporcionaron información relativa a la población de más de 15 años, utilizando únicamente la Encuesta Mundial sobre el Tabaquismo y los Adultos (GATS por sus siglas en inglés), y cinco Partes aportaron datos, recogidos siguiendo el método progresivo de la OMS. Las partes restantes facilitaron datos obtenidos mediante una combinación de herramientas de recopilación de datos internacionales y encuestas de salud nacionales independientes, o estudios realizados con universidades o mediante colaboraciones con asociaciones y sociedades nacionales.

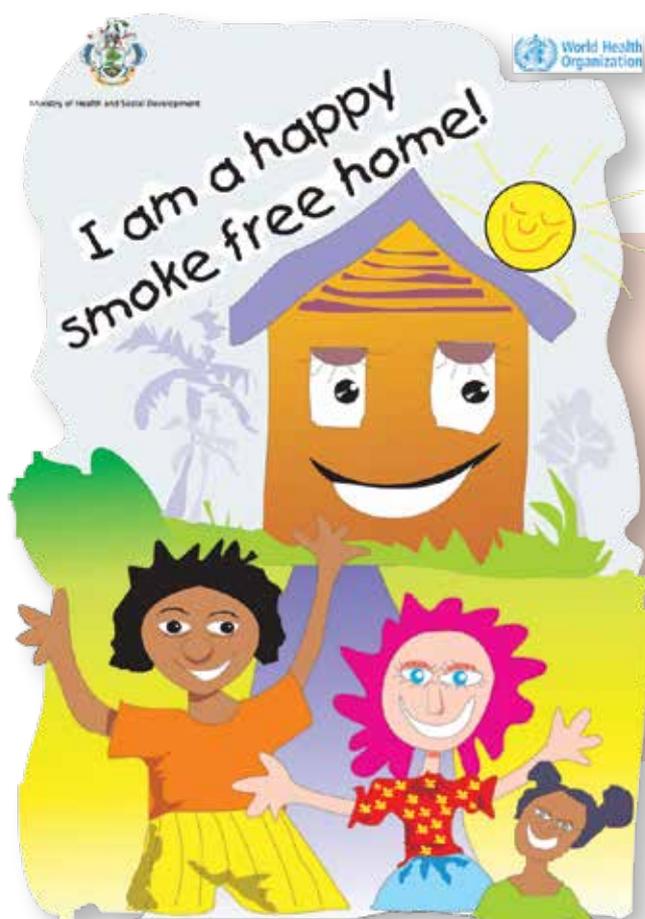
Si bien muchas de las Partes citaron fuentes de información de gran calidad, hay que mejorar la recogida de datos en esa área. Es más, la fuente de información sobre exposición al humo de tabaco más frecuentemente mencionada es la Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes, pese a que esa encuesta únicamente se ocupa del grupo de edad comprendido entre los 13 y 15 años. Convendría que las Partes integraran la recogida de datos sobre la exposición al humo de tabaco en sus iniciativas de recopilación de datos sanitarios, en particular en los sistemas nacionales de vigilancia, de conformidad con lo previsto en el artículo 20.2 del Convenio y que facilitarían esos datos en consonancia con lo previsto en el artículo 21.1 d).

<sup>23</sup> Véase *Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Directrices para la aplicación. Artículo 5.3; artículo 8; artículos 9 y 10; artículo 11; artículo 12; artículo 13; artículo 14.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011.



Entre las Partes que han modificado su legislación, existe una marcada tendencia a ampliar la prohibición de fumar a zonas parcialmente cubiertas o al aire libre, y a las zonas comunes de los edificios residenciales. Australia, por ejemplo, señaló que recientemente tres estados han adoptado leyes que promueven los espacios sin humo que, además de las áreas de interior, incluyen zonas al aire libre donde hay áreas para comer y beber, actividades para menores, playas vigiladas y parques infantiles. El Canadá señaló que, desde la presentación del informe sobre la aplicación anterior, todas las jurisdicciones subnacionales han adoptado leyes encaminadas a lograr espacios sin humo, y que numerosos municipios han aprobado ordenanzas o aplicado políticas que prohíben fumar en lugares públicos al aire libre, tales como terrazas, áreas de recreo infantil y parques.

En términos más generales y con relación a las jurisdicciones subnacionales, Alemania indicó que dos de sus estados habían prohibido totalmente fumar en lugares públicos. En México, dos estados han adoptado leyes subnacionales más estrictas que la legislación nacional sobre espacios sin humo. El Estado Plurinacional de Bolivia y los Emiratos Árabes Unidos, señalaron que habían adoptado reglamentos en cuatro ciudades y tres emiratos, respectivamente. En cambio, los Países Bajos informaron sobre la aplicación de políticas menos restrictivas que las anteriormente indicadas, ya que en 2011 se eximió a los pequeños pubs de la prohibición de fumar.



Cartel de la campaña para sensibilizar a la población acerca de las leyes sobre espacios sin humo.

Fotografía cortesía del Ministerio de Salud de Seychelles.

Tal y como se recomienda en las directrices sobre la aplicación del artículo 8, la puesta en marcha de una campaña de educación a efectos de aplicar las leyes aprobadas, aumentará la probabilidad de que esas leyes se apliquen sin tropiezos y, en gran medida, se cumplan de forma voluntaria. Doce Partes señalaron que habían realizado ese tipo de campañas.

**Entornos donde se aplica la prohibición de fumar en distinto grado.** Las 120 Partes que señalaron que habían adoptado medidas para proteger a la población de la exposición al humo de tabaco también debían indicar el tipo de lugar público donde se aplica esa prohibición, y si la prohibición es «total» o «parcial». El instrumento de presentación de informes contempla 16 espacios, tales como, los lugares de trabajo interiores, los medios de transporte público y los lugares públicos cerrados.

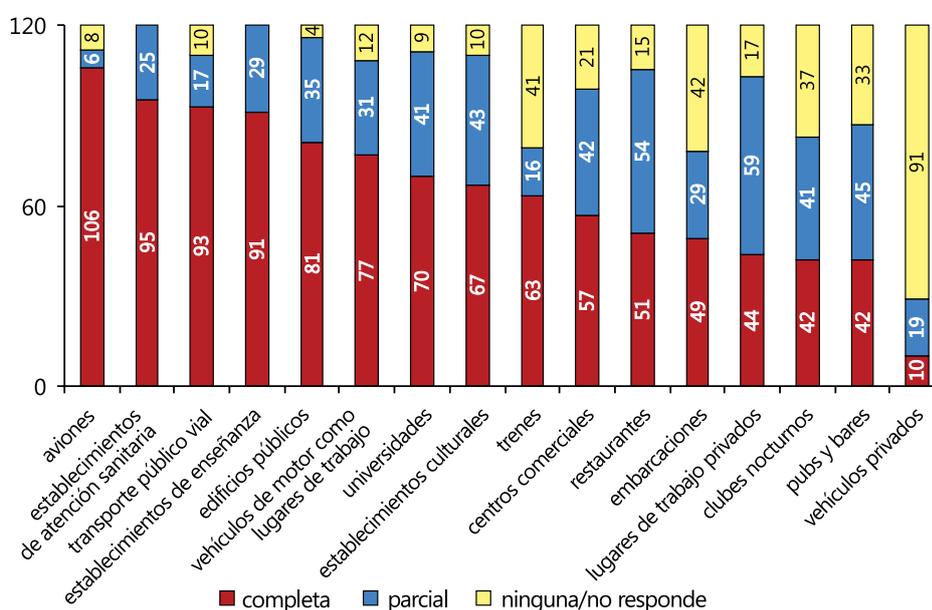
De todos los entornos previstos en el instrumento de presentación de informes, las aeronaves, los establecimientos sanitarios y los medios de transporte público vial son los entornos donde se aplica con más frecuencia la prohibición total de fumar. En el otro extremo del espectro, únicamente entre 40 y 45 Partes indicaron haber impuesto una prohibición total en los lugares de trabajo privados, los restaurantes, los pubs, los bares y los clubes nocturnos (véase la Figura 4).

Si las distintas categorías de lugares públicos se analizan por separado, pueden extraerse algunas conclusiones importantes.

**Lugares de trabajo interiores.** En este grupo, los lugares de trabajo más frecuentemente afectados por la prohibición total de fumar tabaco son los establecimientos de atención sanitaria, los establecimientos de enseñanza (salvo las universidades) y los edificios públicos, según lo indicado por 95, 91 y 81 Partes, respectivamente. Los lugares de trabajo privados están menos protegidos de la exposición al humo de tabaco, y solo más de un tercio de las Partes (44) indicaron haber implantado una prohibición total en dichos lugares de trabajo (véase la Figura 5).

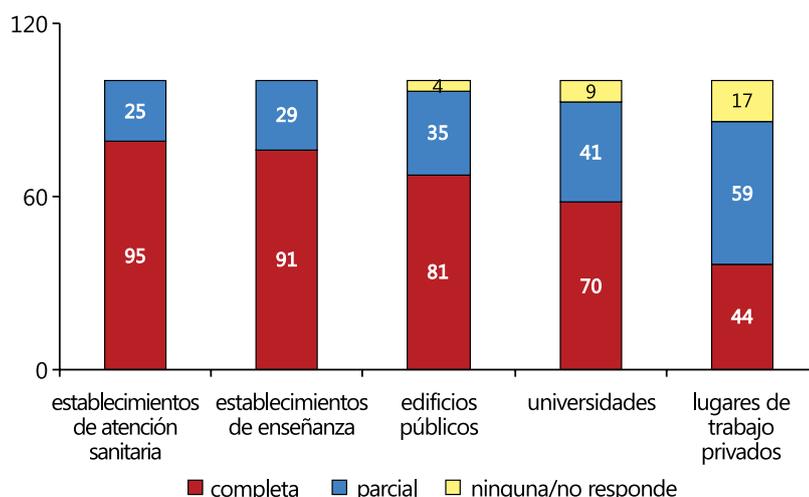
**Lugares públicos cerrados.** Si bien, por lo general, este tipo de lugares no suele ser objeto de una prohibición total, se trata de los espacios donde con mayor frecuencia se implantan prohibiciones parciales. Por último, los pubs, los bares y los clubes nocturnos son los lugares donde menos suele imponerse una prohibición total y que más frecuentemente quedan exentos de regulación sobre consumo de tabaco (véase la Figura 6).

**Figura 4.** Número de Partes (de las 120 que proporcionaron información en esta área) que han implantado en distintos grados la prohibición de fumar tabaco, en función del entorno





**Figura 5.** Número de Partes (de las 120 que proporcionaron información en esta área) que han implantado la prohibición de fumar tabaco en lugares de trabajo interiores, en distintos grados

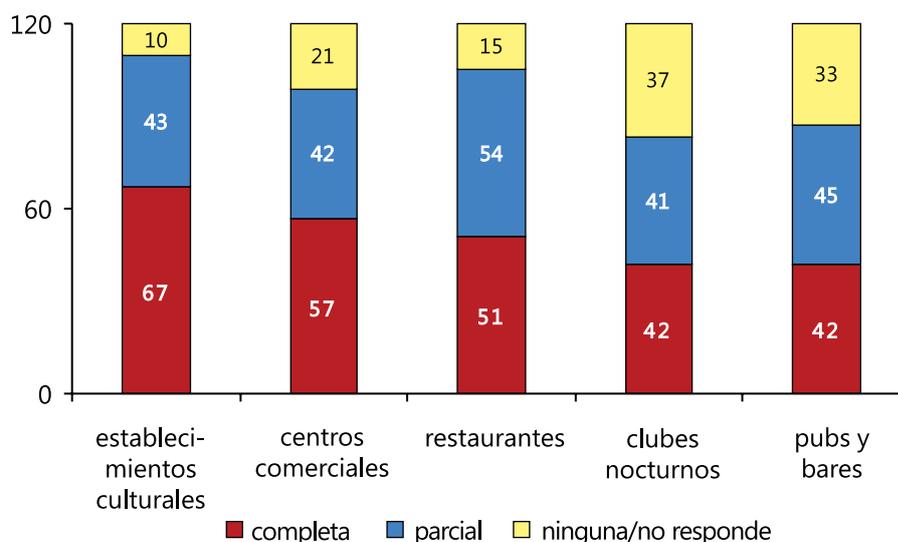


**Medios de transporte público.** De todos los espacios, los distintos medios de transporte público son los lugares que registran una mayor variación en cuanto al número de Partes que aplican prohibiciones: así por ejemplo, 106 Partes señalaron que han impuesto la prohibición total de fumar en aeronaves, mientras que únicamente 10 Partes han implantado una prohibición similar en los vehículos privados. Después de los aviones, el siguiente tipo de transporte que está más regulado son los medios de transporte público vial y los vehículos de motor que se utilizan como lugares de trabajo (por ejemplo, las ambulancias, los vehículos de reparto y los taxis); 93 Partes y 77 Partes, respectivamente, señalaron que en esos espacios estaba prohibido fumar totalmente. En el caso del ferrocarril y los transbordadores, las tasas relativamente más elevadas de respuestas sin contestar pueden atribuirse principalmente al hecho de que en muchas de las Partes el ferrocarril y los transbordadores no operan en sus jurisdicciones.

**Mecanismos o infraestructuras de aplicación.** Más de dos tercios de las Partes (88) señalaron que habían puesto en marcha algún mecanismo o infraestructura para la aplicación de medidas destinadas a proteger a la población de la exposición al humo de tabaco; 87 Partes proporcionaron detalles sobre esa infraestructura. Algunas Partes informaron acerca de las dificultades encontradas a la hora de supervisar la aplicación y el cumplimiento, en particular en lo que respecta a la aplicación de sanciones administrativas.

**Infraestructura de observancia.** Si bien la organización y el funcionamiento de estos sistemas varían enormemente, es posible observar algunos rasgos comunes. La mayoría de las Partes han incluido en sus sistemas una unidad de vigilancia del cumplimiento y una división de enjuiciamiento, y han incorporado la vigilancia del cumplimiento de la legislación antitabaco en la infraestructura existente para la vigilancia de los establecimientos comerciales y los lugares de trabajo. Así pues, las Partes han señalado que las inspecciones de salud, sanidad, trabajo y educación participan en las labores de vigilancia del cumplimiento de la normativa sobre espacios sin humo en los establecimientos de salud y enseñanza, los establecimientos hosteleros y los lugares de trabajo. Normalmente, las funciones relativas a la vigilancia del cumplimiento suelen desempeñarse por autoridades nacionales y subnacionales, pero, por lo general, se coordinan en los ministerios de salud, los ministerios del interior o en cuerpos especializados (organismos de salud nacional o autoridades de medio ambiente). Algunos ejemplos de esos organismos son la Autoridad Sanitaria Nacional del Ecuador, la Unidad para la Observancia del Cumplimiento de las Normas Antitabáquicas de Fiji, la Autoridad para la Salud y la Seguridad Ocupacionales

**Figura 6.** Número de Partes (de las 120 que proporcionaron información en esta área) que aplican diversas medidas en lugares públicos cerrados



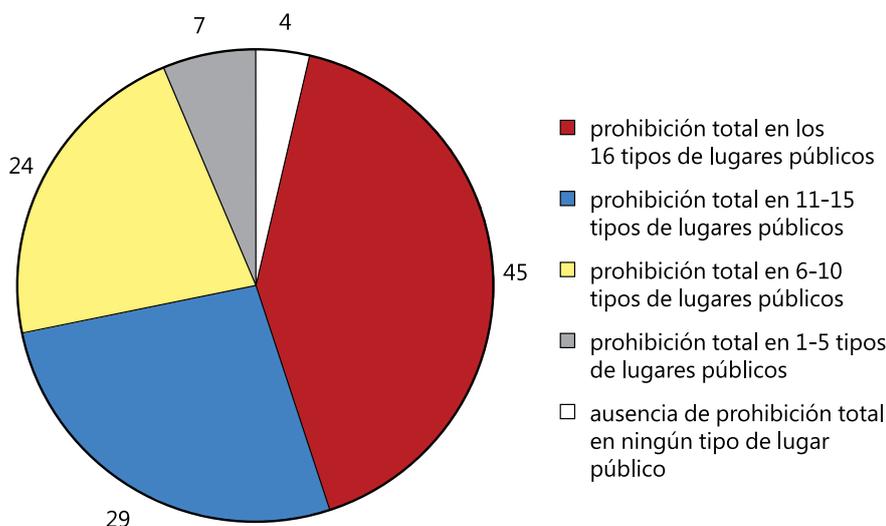
de Islandia, la Autoridad para la Seguridad Alimentaria y del Consumidor de los Países Bajos, y la Agencia Nacional para el Medio Ambiente de Singapur. Bangladesh, Burkina Faso y Guatemala indicaron que las organizaciones no gubernamentales participan en la aplicación de las medidas sobre espacios sin humo.

**Inspectores e inspecciones.** En lo que respecta al plan general de observancia, recomendado en las directrices para la aplicación del artículo 8, Malasia señaló que los 3500 inspectores de salud habilitados y destacados por todo el país llevan a cabo inspecciones de rutina, así como distintas operaciones planificadas de represión centradas en temas concretos. Sudáfrica indicó que, en su país, los ciudadanos pueden presentar quejas con relación a los establecimientos que no cumplan la normativa relativa a espacios sin humo mediante una línea de información sobre tabaco y salud, un servicio permanente telefónico creado en 1995, originalmente para asesorar a los fumadores que desean dejar de fumar.

Muchas Partes indicaron que en su país, las fuerzas policiales también participan en la aplicación de las medidas antitabáquicas, pues tienen la obligación de exigir prueba de identidad durante las inspecciones, en especial cuando los inspectores han emprendido acciones administrativas. Australia señaló que en el estado de Victoria, la policía tiene una función concreta a la hora de hacer cumplir la prohibición de fumar en el interior de los automóviles cuando hay menores. Varias Partes indicaron que los tipos y el grado de las sanciones administrativas están establecidos en sus códigos de delitos administrativos.

**Dificultades encontradas a la hora de hacer cumplir las prohibiciones.** Algunas Partes también informaron sobre problemas relacionados con la vigilancia de las medidas y la aplicación de sanciones administrativas: en algunas Partes, la infraestructura para hacer cumplir la ley bien está poco desarrollada o no existe (el Chad, Surinam y Viet Nam); Argelia, por ejemplo, indica en su informe que hay una resistencia a aplicar la legislación sobre espacios sin humo; en otras Partes, algunas zonas están fuera del alcance de los cuerpos encargados de hacer cumplir la ley (por ejemplo, la aplicación efectiva en las islas más pequeñas de Fiji y en las zonas apartadas de Botswana únicamente puede conseguirse garantizando una mayor participación de las autoridades locales). Por último, en Albania, no existe una práctica uniforme y armonizada para combatir los delitos administrativos y recaudar multas.

**Figura 7.** Número de Partes (de las 109 que han agotado el plazo de cinco años de que disponían para la aplicación) que han implantado la prohibición total de fumar, en función del número de tipos de lugares públicos en que se aplica esa prohibición



### *Plazos para la aplicación*

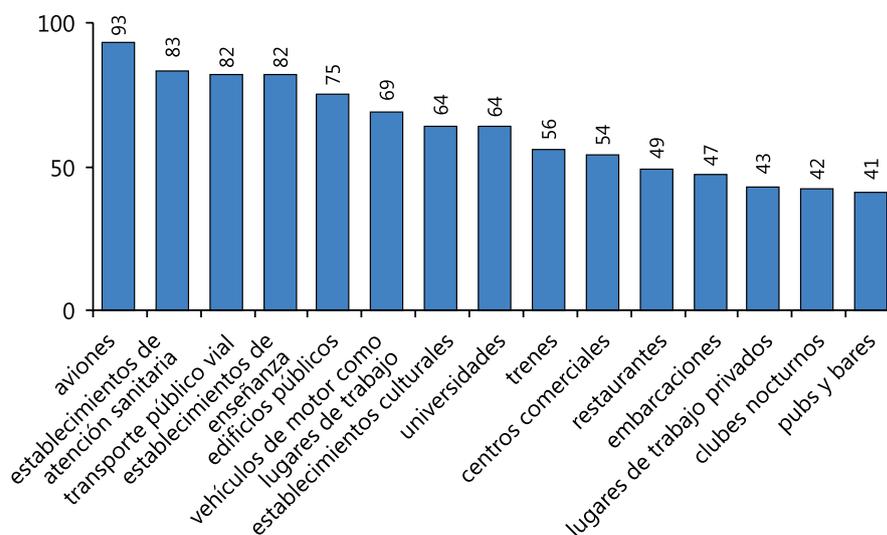
Las directrices para la aplicación del artículo 8 del Convenio establecen un plazo de cinco años para que las Partes, a partir de la entrada en vigor del Convenio en cada Parte, proporcionen protección universal contra la exposición al humo de tabaco ambiental, asegurando que todos los lugares públicos cerrados, todos los lugares de trabajo interiores, todos los medios de transporte público y, según proceda, otros lugares públicos (exteriores o cuasi exteriores) estén libres de la exposición al humo de tabaco ajeno (109 Partes habían cumplido dicho plazo a fecha de 15 de junio de 2012).

El instrumento de presentación de informes señala 16 tipos de lugares públicos donde debería aplicarse esa prohibición. Únicamente cuatro Partes (Burkina Faso, Colombia, Honduras y Perú) indicaron que habían adoptado medidas para prohibir fumar en los 16 tipos de lugares públicos, mientras que casi la mitad de las Partes señaló que esa prohibición se aplica a entre 11 y 15 tipos de lugares públicos. Un 25% de las Partes señaló que solo habían contemplado entre uno y cinco tipos de lugares públicos, mientras siete Partes afirmaron no haber introducido ninguna prohibición en ninguno de los distintos lugares públicos enumerados (véase la Figura 7). En el anexo 3, se proporcionan detalles acerca de la aplicación de prohibiciones en distintos contextos por las Partes, según lo previsto en el artículo 8.

Únicamente hay cuatro ámbitos en que más del 75% de las 109 Partes para quienes ha vencido el plazo de cinco años de que disponían ha implantado prohibiciones: aviones, establecimientos sanitarios, establecimientos de enseñanza y medios de transporte público vial. Más de la mitad de las Partes que han agotado el plazo de que disponían han introducido prohibiciones en los siguientes lugares públicos: edificios públicos, vehículos de motor utilizados como lugares de trabajo, incluidos los taxis y los vehículos de reparto, establecimientos culturales, universidades, trenes<sup>24</sup> y centros comerciales. Por último, menos de la mitad de las Partes que agotaron el plazo de que disponían han implantado la prohibición de fumar en los siguientes lugares públicos: restaurantes, embarcaciones, lugares de trabajo privados, clubes nocturnos, pubs y bares, y vehículos privados (véase la Figura 8).

<sup>24</sup> Varias Partes indicaron que en sus jurisdicciones no hay ni trenes ni embarcaciones en funcionamiento.

**Figura 8.** Número de Partes (de las 109 que han agotado el plazo de cinco años de que disponían para la aplicación) que han implantado la prohibición total de fumar, en función del tipo de lugar público



### **Principales observaciones**

Tomando como base la información aportada por las Partes en el ciclo de presentación de informes de 2012, el artículo 8 es el artículo que goza de la tasa media de aplicación más elevada (83%), teniendo en cuenta tanto las prohibiciones de fumar totales como las parciales en los distintos tipos de lugares públicos incluidos en el instrumento de presentación de informes. Ahora bien, si únicamente se tienen en cuenta las prohibiciones totales de fumar, la tasa media de aplicación es menor (54%). En el periodo de presentación de informes 2011-2012, el número de Partes que notificaron la introducción de leyes que prohíben fumar totalmente en distintos lugares públicos fue mayor que en el periodo de presentación de informes previo, lo que se traduce en una disminución del porcentaje de prohibiciones parciales cada vez mayor.

Pese a los progresos realizados, las dificultades señaladas por las Partes relacionadas con la aplicación del Convenio tienen por efecto la reducción de la eficacia de legislaciones nacionales que por lo demás son progresistas. Además, la mayoría de las Partes aún están lejos de cumplir con los plazos recomendados por las directrices para la aplicación del artículo 8, lo que indica que aplicar medidas encaminadas a promover los espacios sin humo en todos los tipos de lugares públicos a menudo es difícil.

Los esfuerzos para lograr la aplicación del artículo 8 en toda su extensión se beneficiarían de la adopción de medidas que abarquen todo tipo de lugares públicos, sin excepción; la introducción de medidas vinculantes y de obligado cumplimiento en lugar de acuerdos voluntarios no-vinculantes; y la promoción de políticas contra el humo de tabaco mediante campañas públicas de información y sensibilización.

**Artículo 9****Reglamentación del contenido de los productos de tabaco****Artículo 10****Reglamentación de la divulgación de información sobre los productos de tabaco**

El artículo 9 se refiere a la necesidad de las Partes de analizar, medir y regular el contenido de los productos de tabaco, y el artículo 10 trata de la reglamentación de la divulgación de información sobre productos de tabaco. El análisis de los productos y la divulgación de información al respecto tienen por objeto proporcionar a los reguladores información suficiente para adoptar medidas e informar a la población sobre los efectos perjudiciales del consumo de tabaco. La Conferencia de las Partes adoptó las directrices parciales para la aplicación de los artículos 9 y 10 en 2010.

**Análisis y medición del contenido y las emisiones de los productos de tabaco.**

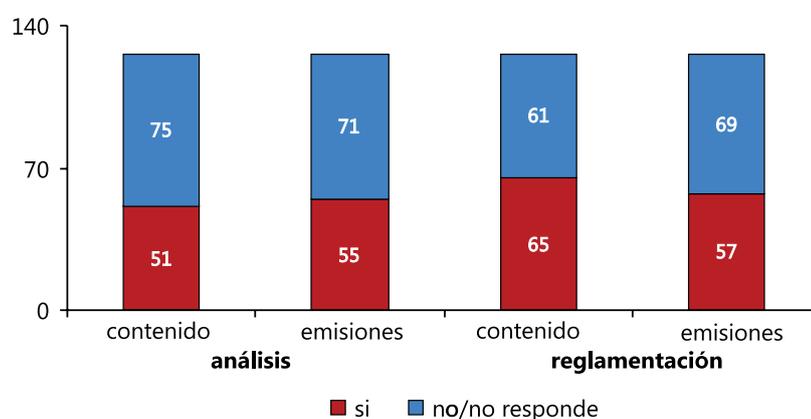
Alrededor de la mitad de las Partes señaló que exige que se analice el contenido de los productos de tabaco y que se midan las emisiones (51 y 55 Partes, respectivamente).

Varias Partes informaron sobre los progresos que han realizado recientemente a efectos de exigir el análisis y la medición del contenido y las emisiones de los productos de tabaco (Burkina Faso, Montenegro, Nepal y Panamá) y el análisis y la medición del contenido y las emisiones de los cigarrillos (Gabón, Islas Salomón y Turquía). Algunas Partes señalaron que la capacidad de los laboratorios de análisis había mejorado en lo que respecta a la formación del personal y la adquisición de nuevos equipos (Bahrein, Bulgaria y Malasia), mientras que otras Partes señalaron que les está costando dotarse de esos medios a nivel nacional.

**Reglamentación del contenido y las emisiones de los productos de tabaco.** Algo más de la mitad de las Partes (65) indicó que regula el contenido de los productos de tabaco y 57 Partes señalaron que regulan las emisiones. En la Figura 9 se ilustra el estado de aplicación del artículo 9.

Varias Partes (Chile, China, Fiji, Mongolia, Lituania, Namibia, Nepal, Panamá, Serbia, Singapur, Swazilandia y Ucrania) señalaron que han realizado progresos en el fortalecimiento de su legislación y a la hora de regular en mayor medida el contenido y las emisiones de los productos de tabaco, principalmente reduciendo el contenido máximo de alquitrán, nicotina y monóxido de carbono en los cigarrillos o en la totalidad de los productos de tabaco. Un menor número de Partes señaló que bien prohíbe el empleo en los cigarrillos de aditivos como los aromas, bien ha emprendido un proceso

**Figura 9.** Número de Partes que aplican lo dispuesto en el artículo 9



para prohibirlos (Australia, Brasil, Canadá, Chile, Panamá y Sudáfrica); otras Partes han indicado que los cigarrillos vendidos en su territorio se ajustan a las normas para reducir la tendencia a la ignición (Noruega y Sudáfrica).

**Divulgación de información a las autoridades gubernamentales.** Aproximadamente dos tercios de las Partes (80) exigen que los fabricantes o importadores de productos de tabaco revelen a las autoridades gubernamentales la información relativa al contenido y las emisiones de estos productos. Alrededor de la mitad de las Partes exige que se divulgue la información relativa a las emisiones.

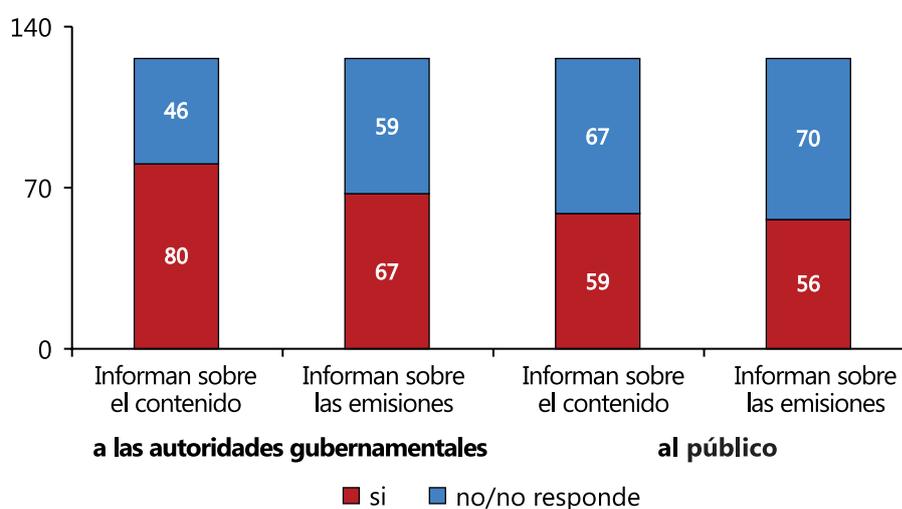
**Divulgación de información al público.** Casi la mitad de las Partes (59) señaló que exige que se revele al público información sobre el contenido de los productos de tabaco; 56 Partes indicaron que exigen que se revele al público información relativa a las emisiones (véase la Figura 10).

El área citada con más frecuencia en que se ha avanzado con arreglo a lo previsto en el artículo 10 es la adopción o la formulación de leyes que exigen la divulgación de información sobre el contenido y las emisiones de los productos de tabaco a las autoridades gubernamentales y al público. Sigue habiendo más Partes que exigen que esa información sea facilitada a las autoridades competentes, que a la población, incluidos los consumidores de dichos productos. Incluso cuando se exige que el público sea informado, en la mayoría de los casos la obligación de informar se refiere a la exposición del contenido de monóxido de carbono, alquitrán y nicotina en los envases de los productos de tabaco o, con menor frecuencia, a la publicación de información en Internet. Cinco Partes (Alemania, Austria, Bélgica, Bulgaria, Francia y Reino Unido) señalaron que utilizan un formato armonizado para la presentación de informes por la industria tabacalera a las autoridades gubernamentales y al público.<sup>25</sup> Algunos Estados miembros de la Unión Europea también han indicado que están participando, o van a participar, en un proyecto denominado Electronic Model Tobacco Control (EMTOC), una plataforma de Internet destinada a recopilar datos mediante métodos armonizados.

### Principales observaciones

Tomando como base los informes recibidos en el ciclo de presentación de informes de 2012, la tasa de aplicación media de las disposiciones contempladas en el instrumento de presentación de informes es del 45% en el caso del artículo 9 y del 52% en el del

**Figura 10.** Número de Partes que aplican lo dispuesto en el artículo 10



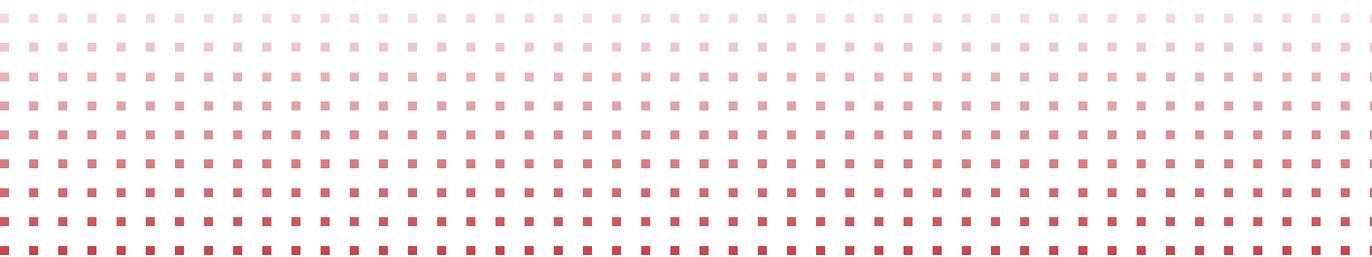
<sup>25</sup> Véase: La guía práctica *Reporting on tobacco product ingredients*. Bruselas, Comisión Europea (Dirección General de Sanidad y Protección de los Consumidores), 2007.



artículo 10. Respecto de todos los artículos sustantivos del Convenio, estos artículos se encuentran en el tramo medio de aplicación.

Existen algunas dificultades importantes a la hora de aplicar estos artículos, tales como el hecho de que muchas de las Partes carecen de legislación u otras medidas normativas que exijan el análisis y la medición del contenido y las emisiones de los productos de tabaco, así como la divulgación de esa información entre la población. También escasean los laboratorios y los servicios independientes para realizar pruebas y análisis (que no estén dirigidos por la industria tabacalera o dependan de esta); además, hay una falta generalizada de acceso a dichos servicios de análisis y pruebas.

Así pues, cabe adoptar más medidas que garanticen que la legislación antitabáquica prevea la reglamentación del contenido y de las emisiones, y que esa reglamentación se cumpla y vigile adecuadamente. Los gobiernos y la población han de estar perfectamente informados acerca del contenido y las emisiones de los productos de tabaco, incluidos los productos de tabaco sin humo. También es importante que se intercambien conocimientos en ese ámbito y que se promueva el uso de las directrices parciales para la aplicación de los artículos 9 y 10.



## Artículo 11 *Empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco*

El artículo 11 establece que cada Parte adoptará y aplicará medidas eficaces relativas al empaquetado y etiquetado; algunas de esas medidas habrán de aplicarse en un plazo de tres años a partir de la entrada en vigor del Convenio para esa Parte. La Conferencia de las Partes adoptó, en su tercera reunión, las directrices para la aplicación de este artículo.

A continuación, así como en la Figura 11, se resumen las medidas a las que se aplica el plazo de tres años y el estado de aplicación en que se encuentran.

### ***Inclusión de advertencias sanitarias en los paquetes de los productos de tabaco.***

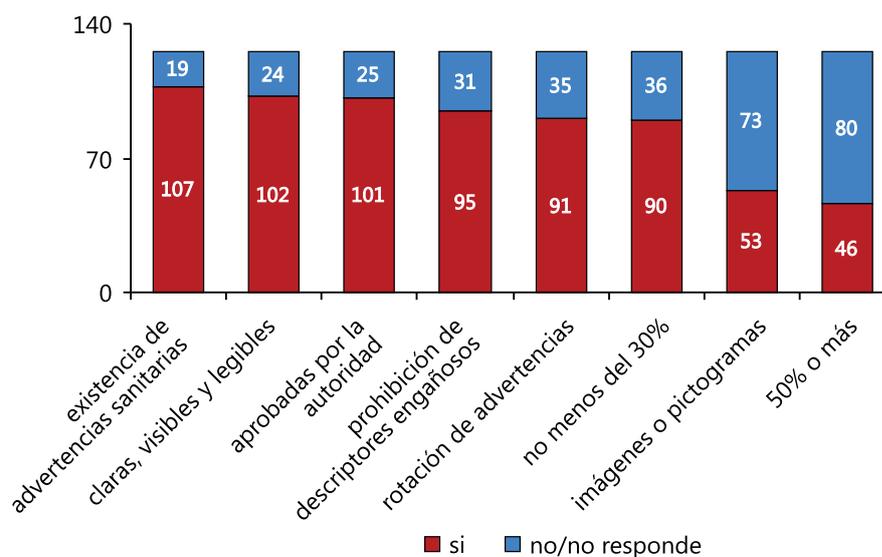
Un total de 107 Partes (85%) señaló que había adoptado políticas que exigen que en los productos de tabaco figuren advertencias que describan los efectos nocivos de su consumo;<sup>26</sup> la principal vía de aplicación de esta política es la legislación. Más de un tercio de las Partes que presentaron informes (44) señaló que recientemente habían realizado progresos en ese ámbito mediante la adopción de nuevas leyes o la modificación de la legislación vigente. Otras ocho Partes indicaron que la legislación relativa al empaquetado y etiquetado se está formulando en este momento. Además, más de un tercio de las Partes (34) informó de la reciente adopción o actual elaboración de los reglamentos o decretos de aplicación para complementar y poner en práctica la legislación ya adoptada sobre advertencias sanitarias.

***Prohibición de empaquetado y etiquetado equívocos o engañosos.*** El 75% de las Partes (95) indicó que han prohibido en el empaquetado y etiquetado descriptores equívocos, engañosos o que puedan inducir a error con respecto al producto.

***Aprobación de advertencias.*** Más del 75% de las Partes (101) señaló que exige la aprobación de las advertencias sanitarias por las autoridades nacionales competentes.

***Rotación.*** Casi el 75% de las Partes (91) indicó que exige que las advertencias sanitarias sean rotativas, mientras que 32 Partes indicaron que no lo hacen.

**Figura 11.** Número de Partes que aplican lo dispuesto en el artículo 11



<sup>26</sup> En varias Partes donde no hay fabricación de tabaco, las normas relativas al empaquetado siguen la reglamentación aplicada en los países de donde proceden las importaciones de tabaco, o se remiten a estas. Esas prácticas fueron indicadas por las Islas Cook y San Marino, entre otros.

**Posición y diseño.** Más del 75% de las Partes (102) han introducido medidas que garanticen que las advertencias sanitarias sean grandes, claras, visibles y legibles. De estas, 78 Partes indicaron que su legislación nacional establece normas mínimas en cuanto a estilo, tamaño, color y fuente con el fin de que las advertencias sean claras, visibles y legibles.

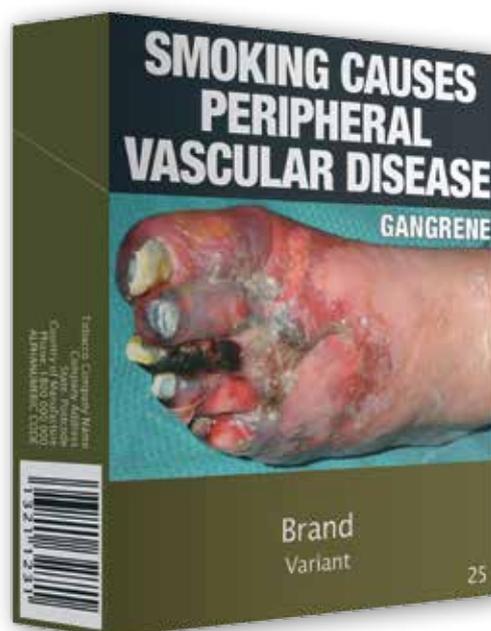
**Tamaño.** De nuevo, prácticamente el 75% de las Partes (90) exige que las advertencias sanitarias ocupen al menos el 30% de la superficie principal expuesta, si bien únicamente alrededor de un tercio (46) indicó que exigen que dichas advertencias ocupen al menos el 50% de esas superficies.

**Utilización de elementos gráficos.** Menos de la mitad de las Partes (53) indicaron que exigen las advertencias sanitarias en forma de imágenes o pictogramas, o que incluyan imágenes o pictogramas, de las que 29 indicaron que son titulares de los derechos de autor de esas imágenes y que concederán licencias no exclusivas y libres de regalías para el uso de sus advertencias por otras Partes. Existe una gran variación en cuanto al grado de aplicación de las advertencias gráficas entre los grupos regionales.

Varias Partes proporcionaron información sobre los progresos que han realizado recientemente en esa área. Cuatro Partes (Kuwait, Omán, Emiratos Árabes Unidos y Yemen) informaron sobre la puesta en marcha de un proceso armonizado para la introducción de advertencias gráficas sanitarias bajo los auspicios del Consejo para la Cooperación en el Golfo. Nueve Partes (Francia, Hungría, Islandia, Noruega, Portugal, España, Suecia, Ucrania y Reino Unido) señalaron que han introducido recientemente advertencias sanitarias gráficas, obtenidas de la biblioteca de imágenes de la Unión Europea. El Brasil y Panamá indicaron que han comenzado a aplicar un tercer conjunto y un cuarto conjunto de advertencias sanitarias, respectivamente.

Algunas Partes también señalaron que han encontrado dificultades en la aplicación de las medidas relativas a las advertencias gráficas. En Kirguistán, la legislación nacional relativa al tabaco aprueba el uso de advertencias sanitarias gráficas, si bien los mecanismos interministeriales que permitan dar cumplimiento a la legislación han de ultimarse. En varios casos, los contratiempos y los retrasos en la aplicación y el cumplimiento han sido provocados por problemas legales iniciados por la industria tabacalera. La legislación de Georgia requiere que se coloquen nueve advertencias sanitarias gráficas en los paquetes de tabaco, pero ello no significa que sea obligatorio; la experiencia también muestra que la industria del tabaco a menudo simplemente hace caso omiso de ese tipo de medidas.

**Empaquetado y envasado sencillos.** Australia informó de un importante avance en la aplicación del artículo 11, que refleja las recomendaciones de las directrices



Empaquetado sencillo para cigarrillos. Australia.  
© Commonwealth de Australia.

### **BASE DE DATOS DE ADVERTENCIAS SANITARIAS DEL CMCT DE LA OMS**

Se ha creado una base de datos de advertencias sanitarias del CMCT de la OMS accesible por Internet, concebida con el fin de facilitar el intercambio de advertencias sanitarias gráficas y mensajes entre las Partes. La base de datos fue creada de conformidad con una decisión adoptada por la Conferencia de las Partes en su tercera reunión. Hasta la fecha, 20 Partes (Australia, Brasil, Brunei Darussalam, Canadá, China, Djibouti, Egipto, India, Jordania, Letonia, Malasia, Mauricio, Pakistán, República Islámica del Irán, Singapur, Tailandia, Turquía, Unión Europea Uruguay, Venezuela (República Bolivariana de)) han puesto sus advertencias gráficas a disposición de las Partes en la base de datos. La base de datos está disponible en: <http://www.who.int/tobacco/healthwarningsdatabase/>.

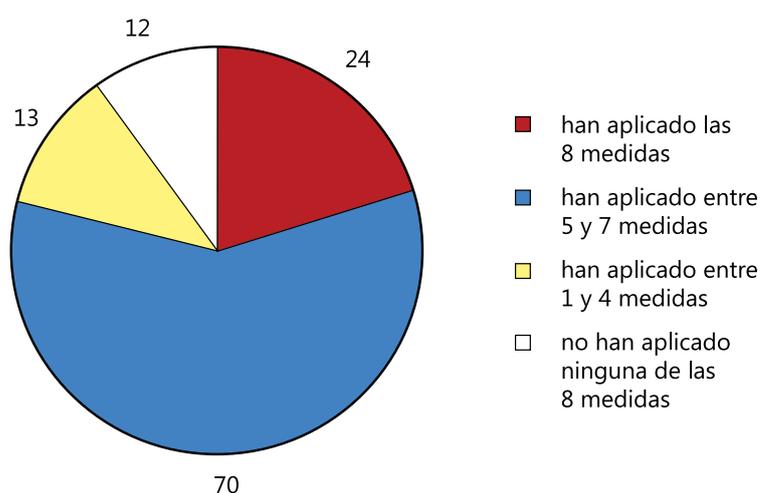
para la aplicación de ese artículo y está en consonancia con el artículo 2 del Convenio. La Ley sobre el empaquetado sencillo del tabaco de 2011 y la Ley de enmienda de la ley de marcas registradas (empaquetado sencillo del tabaco) de 2011 exigen la implantación de un empaquetado sencillo, por lo que Australia se convierte en la primera Parte en exigir esto. La legislación prohíbe el uso de logotipos de la industria tabacalera, imágenes de marca, y colores y textos promocionales que no sean la marca y el nombre del producto en un color, posición, tipo y tamaño de letra normalizados. El empaquetado sencillo se aplica a todos los productos de tabaco, incluido el tabaco en rama, los puros y los bidis. Todos los productos de tabaco fabricados, envasados o empaquetados en Australia a partir del 1 de octubre de 2012 para el consumo interno deben utilizar un empaquetado sencillo, y todos los productos de tabaco deberán ser vendidos en paquetes sencillos a partir del 1 de diciembre de 2012.

Hay otras medidas previstas en este artículo para las que el Convenio no establece ningún plazo.

**Componentes y emisiones.**<sup>27</sup> Dos tercios de las Partes (83) señalaron que exigen que el empaquetado y etiquetado contengan información sobre los componentes pertinentes de los productos de tabaco y de sus emisiones.

**Idioma de las advertencias y utilización de elementos atractivos en el diseño del envasado y empaquetado.** Dos tercios de las Partes (83) señalaron que exigen que las advertencias y la información textual que figura en los paquetes y envases de los productos de tabaco aparezcan en el idioma principal o los idiomas principales del país, y 82 Partes indicaron que prohíben que los paquetes y envases de los productos de tabaco lleven publicidad o elementos promocionales, tales como características del diseño que hagan que estos productos tengan un aspecto atractivo, en consonancia con las recomendaciones contenidas en las directrices para la aplicación del artículo 13.

**Figura 12.** Número de Partes que aplican un número determinado de las ocho medidas sujetas a plazo relativas al empaquetado y etiquetado, de conformidad con el artículo 11 (de las 119 que han agotado el plazo de tres años de que disponían)



<sup>27</sup> El artículo 11.2 del Convenio exige que las Partes publiquen en los paquetes y envases de productos de tabaco «información sobre los componentes pertinentes de los productos de tabaco y de sus emisiones de conformidad con lo definido por las autoridades nacionales». Las directrices para la aplicación del artículo 11 recomiendan que las Partes «no deberían exigir que en el empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco aparezcan expresiones cuantitativas o cualitativas sobre ingredientes y emisiones que pudieran sugerir que una marca es menos nociva que otra, por ejemplo cifras sobre alquitrán, nicotina y monóxido de carbono...».



### Plazos para la aplicación<sup>28</sup>

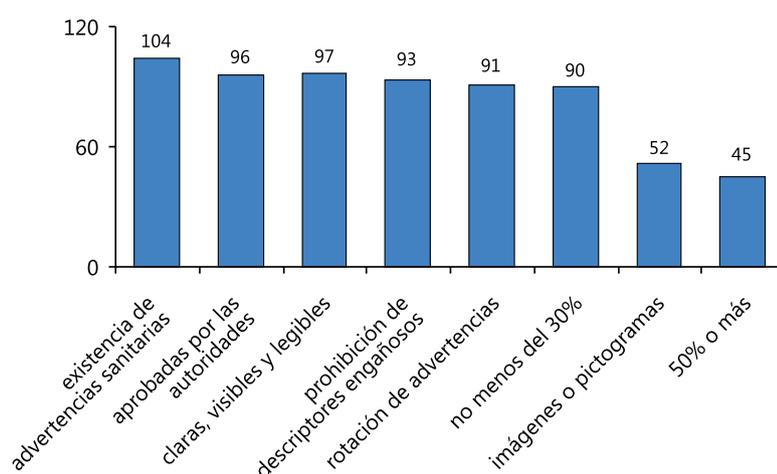
De las 119 Partes para las que venció el plazo de tres años, 24<sup>29</sup> indicaron que han introducido las ocho medidas relativas al envasado y etiquetado sujetas a ese plazo; 70 Partes indicaron que se han introducido entre cinco y siete de esas medidas; 13 Partes señalaron que han introducido entre una y cuatro medidas, y 12 Partes afirmaron no haber introducido ninguna de las ocho medidas (véase la Figura 12). En el anexo 3 se proporciona información detallada sobre la aplicación de las medidas relacionadas con el envasado y el etiquetado previstas en el artículo 11 en cada una de las Partes.

De las ocho medidas sujetas a plazo previstas en el artículo 11, seis fueron introducidas por más del 75% de las 119 Partes que agotaron el plazo de tres años de que disponían. Las seis medidas son las siguientes: la obligación de incluir advertencias sanitarias en los paquetes de tabaco; la necesidad de que las advertencias sean aprobadas por las autoridades nacionales competentes; la obligación de que las advertencias sean claras, visibles y legibles; la prohibición de descriptores engañosos; la obligación de que las advertencias sean rotativas y ocupen más del 30% de las superficies principales expuestas. Menos de la mitad de las Partes señalaron que aplican las otras dos medidas: utilización de imágenes y pictogramas en los paquetes de tabaco y empleo de advertencias sanitarias que ocupen el 50% de las superficies principales expuestas (véase la Figura 13).

### Principales observaciones

Tomando como base los informes recibidos en el ciclo de presentación de informes de 2012, la tasa media de aplicación de las disposiciones contenidas en el artículo 11 es del 67%, lo que sitúa a este artículo entre los que gozan de mayores tasas de aplicación. Las Partes también señalaron que habían avanzado considerablemente en la revisión de la legislación nacional con el fin de cumplir con los requisitos del artículo 11 y las directrices de aplicación conexas. Algunos informes señalaron que hay un mayor intercambio de

**Figura 13.** Número de Partes que han aplicado las ocho medidas sujetas a plazo previstas en el artículo 11 (de las 119 que han agotado el plazo de tres años de que disponían)



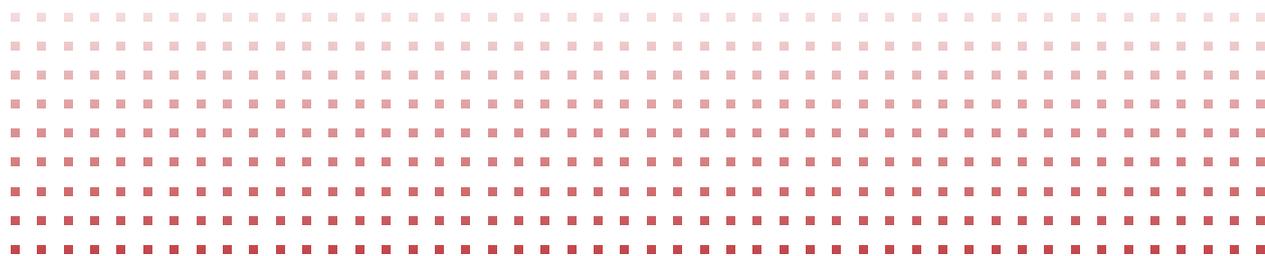
<sup>28</sup> En el anexo 3, figura información sobre el grado de cumplimiento de las Partes con esos plazos, de conformidad con la información contenida en los informes recibidos en el ciclo de presentación de informes de 2012.

<sup>29</sup> Albania, Australia, Brasil, Burkina Faso, Canadá, Comoras, Djibouti, Ecuador, Honduras, Islas Cook, Jordania, Malasia, México, Namibia, Nepal, Nueva Zelanda, Omán, Panamá, Seychelles, Singapur, Swazilandia, Trinidad y Tabago, Ucrania y Vanuatu.



información entre las Partes en ese ámbito, sobre todo en lo que atañe a la distribución de advertencias gráficas y la concesión de licencias a otras Partes para utilizar ese tipo de advertencias. Un avance notable en ese campo ha sido la adopción en Australia de la primera legislación que exige que los productos de tabaco tengan un empaquetado y envasado sencillos.

La aplicación de este artículo también se ha encontrado con dificultades. Así por ejemplo, 19 Partes carecen totalmente de legislación que exija la utilización de advertencias sanitarias, mientras que en un número importante de Partes la legislación en vigor no cumple con todos los requisitos del tratado. Únicamente cerca de un tercio de las Partes exige que las advertencias sanitarias ocupen el 50% o más de las superficies principales expuestas y menos de la mitad de las Partes exige que dichas advertencias se realicen en forma de imágenes o pictogramas, o los incluyan. Un tercio de las Partes (8) de la Región de África que presentó informes indicó que no exige que los paquetes de tabaco contengan ningún tipo de advertencia sanitaria. Asimismo, cabe señalar que la interferencia de la industria tabacalera es intensa en el área de las advertencias sanitarias; tales esfuerzos, realizados sobre todo mediante acciones legales, tienen por objeto debilitar la legislación y retrasar su aplicación.



## Artículo 12 *Educación, comunicación, formación y concientización del público*

El artículo 12 trata de sensibilizar a la población acerca de las cuestiones relativas al control del tabaco utilizando todos los instrumentos de comunicación disponibles, tales como campañas de información, programas de educación y formación. La Conferencia de las Partes adoptó en su cuarta reunión las directrices para la aplicación de este artículo.

**Puesta en marcha de programas de educación y concientización del público.** Según las respuestas a la pregunta correspondiente del instrumento de presentación de informes, 115 Partes han puesto en marcha algún «programa de educación y concientización del público» desde la presentación del informe anterior.

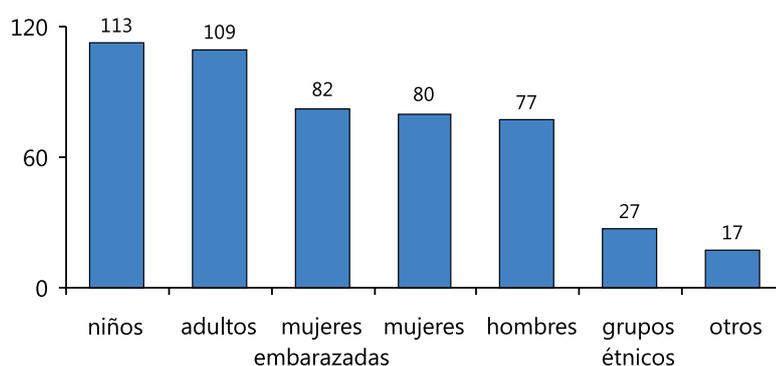
**Definir grupos de población y mensajes concretos para los programas de educación y concientización.** Más del 90% de las Partes señalaron que han puesto en marcha programas de «educación y concientización del público» dirigidos a los niños, los jóvenes y la población en general. Aproximadamente el 75% de las Partes indicó que cuentan con programas destinados específicamente a personas de uno u otro sexo (programas dirigidos a las mujeres, a las mujeres embarazadas o a los hombres) (véase la Figura 14).

Además de los grupos previstos en el instrumento de presentación de informes a quienes se dirigen los programas de educación, las Partes hicieron referencia en sus informes a otros grupos, a saber: los funcionarios de los ministerios de salud; los representantes de los medios de comunicación; los padres; los maestros y profesores; los líderes comunitarios; los pacientes hospitalizados; las personas con discapacidades; las personas que padecen enfermedades mentales o que viven en zonas desfavorecidas; las personas desempleadas; los presos; las fuerzas de seguridad y el personal de la industria hostelera.

Más del 75% de las Partes que han presentado informes (98) aportaron detalles adicionales sobre los progresos realizados en la aplicación del artículo 12. Así por ejemplo, 46 Partes mencionaron la reciente puesta en marcha de programas de educación dirigidos a las escuelas o de campañas de sensibilización destinadas a los jóvenes; ocho Partes señalaron que han incluido temas relacionados con el consumo de tabaco en los planes de estudio escolares; 33 Partes indicaron que han puesto en marcha programas integrales de comunicación, que incluyen campañas multimedios y actividades de divulgación dirigidas a las comunidades, con el fin de aumentar la concienciación entre la población; 19 Partes indicaron que la celebración nacional del Día Mundial Sin tabaco es la mejor ocasión para llevar a cabo acciones de sensibilización contra el consumo de tabaco.

Casi dos tercios de las Partes (77) señalaron que la elaboración, gestión y ejecución de los programas de comunicación, educación, formación y concienciación de la población

**Figura 14.** Número de Partes que han indicado que sus programas de educación y concientización del público se dirigen a grupos específicos



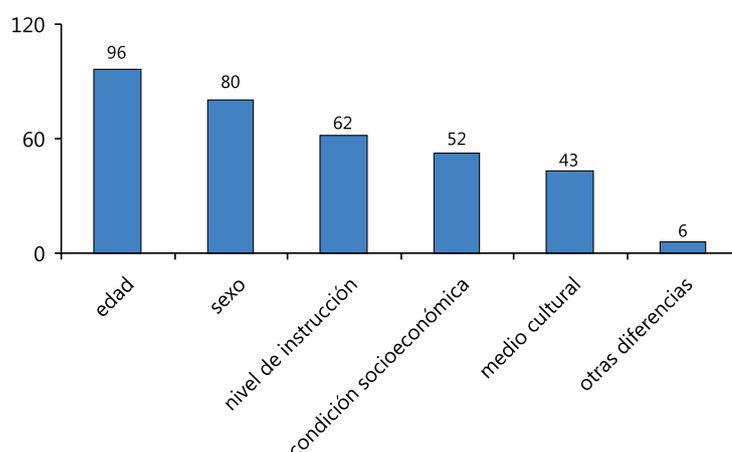


Formación de personal sanitario en Ghana.  
Foto cortesía del Ministerio de Salud de Ghana.

están basados en investigaciones y que esos programas son objeto de pruebas previas, seguimiento y evaluación, tal y como recomiendan las directrices para la aplicación del artículo 12. Una de las áreas que deben ser objeto de investigación con anterioridad a la puesta en marcha de cualquier programa de comunicación es el análisis de las diferencias básicas entre los distintos grupos de población destinatarios, en consonancia con las directrices de aplicación (véase la Figura 15). La mayoría de las Partes tienen en cuenta la edad y el sexo en sus programas, pero son pocas las que toman en consideración el nivel de instrucción, el medio cultural y la condición socioeconómica. Otras diferencias fundamentales que las Partes tienen en cuenta son: la profesión (por ejemplo, profesionales de la salud), la religión, el estado civil, y el hábito de fumar (ser fumador o no fumador).

Además, las Partes informaron acerca de las distintas áreas englobadas en sus programas de educación y concienciación, incluidos los mensajes utilizados<sup>30</sup> (véase la Figura 16). La mayoría de los programas mencionados por las Partes se centra en la salud en relación con el consumo de tabaco, la exposición al humo de tabaco y los beneficios que reporta dejar de fumar. Un número significativo de programas también gira en torno a las consecuencias adversas económicas y ambientales del consumo de tabaco. Por otra parte, alrededor de un tercio de las Partes informó que también incluye mensajes acerca de las consecuencias adversas económicas y ambientales de la producción de tabaco (cultivo y fabricación). Siete Partes señalaron específicamente que sus programas de comunicación proporcionan información detallada relativa a la nueva legislación antitabáquica.

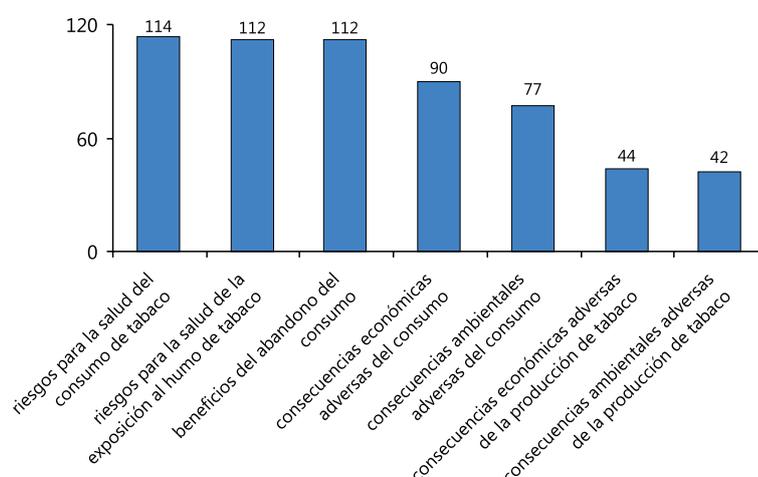
**Figura 15.** Número de Partes que tienen en cuenta las diferencias básicas entre los grupos de población a las que se dirigen los programas de educación y concienciación del público



<sup>30</sup> En el apéndice 3 de las directrices para la aplicación del artículo 12, figura una lista de comprobación (no exhaustiva) de los temas que abarcan los programas de educación, comunicación y formación.



**Figura 16.** Áreas comprendidas en los programas de educación y concientización del público de las Partes



Muchas Partes comparten información detallada sobre sus programas de educación pública y sus campañas de comunicación a través de los informes de aplicación incluyendo, por ejemplo, las direcciones a sitios web que contienen material promocional. Australia indicó que comparte con regularidad los recursos de que dispone para combatir el tabaco con otras Partes, incluidos los materiales de su campaña nacional contra el tabaco, y que en más de 40 países utilizan o aplican sus materiales de difusión.<sup>31</sup>

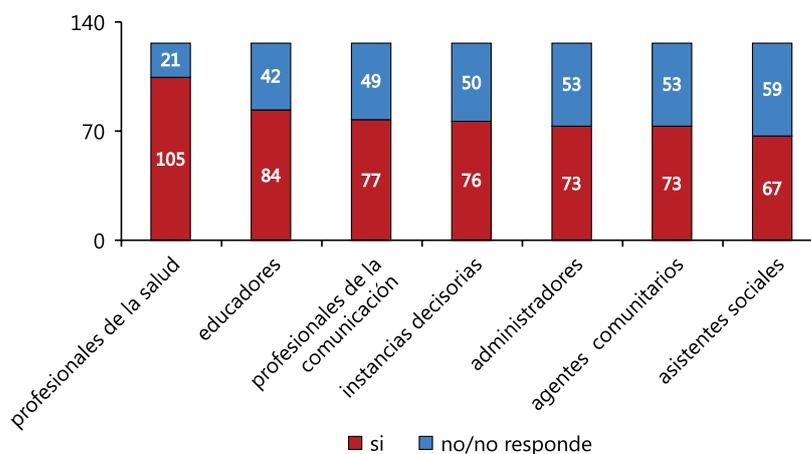
**Crear programas específicos de formación o sensibilización.** Los grupos a los que con mayor frecuencia se dirigen estos programas son los profesionales de la salud y los educadores, para quienes ese tipo de actuaciones existen en 105 Partes y en 84 Partes, respectivamente. Setenta y siete y 76 Partes, respectivamente, indicaron que impartían programas específicos dirigidos a los medios de comunicación y los órganos de decisión (véase la Figura 17). Además de las categorías previstas en el instrumento de presentación de informes, 13 Partes también indicaron que habían definido otros grupos, a los que esas acciones se dirigían con menor frecuencia, tales como los representantes de organizaciones religiosas, sociales, comunitarias y juveniles; los profesionales del derecho (abogados y jueces); la policía y las autoridades locales; las organizaciones de mujeres, las universidades, el sector de la hostelería, e incluso los espectadores de los partidos de fútbol.

Con relación al artículo 22 c) del Convenio, las Partes informaron acerca de la cooperación y la prestación mutua de asistencia para programas de formación o sensibilización apropiados dirigidos al personal pertinente, según lo dispuesto en el artículo 12. Menos del 25% de las Partes (26) señaló que había prestado asistencia a otras Partes, mientras que menos de la mitad (57) indicó que había recibido asistencia bien de otras Partes o de los donantes de esos programas.

**Concienciación y participación de organismos y organizaciones.** De acuerdo con los informes de las Partes, son principalmente los organismos públicos y las organizaciones no gubernamentales no asociadas a la industria tabacalera, quienes participan en los programas de comunicación y los ejecutan (según lo indicado por el 90% de las Partes en cada uno de los casos). Algo más de la mitad de las Partes (68) informó sobre la participación de organizaciones privadas. Veinte Partes también se refirieron a la participación en campañas de comunicación de otras organizaciones, a saber: organizaciones religiosas y confesionales, instituciones académicas y de enseñanza superior, grupos comunitarios y científicos y colegios profesionales, así como organizaciones y organismos internacionales.

<sup>31</sup> Por ejemplo, Dinamarca indicó que llevó a cabo su principal campaña mediática nacional contra el tabaco utilizando los materiales de la campaña australiana «Every Cigarette is Doing You Damage».

**Figura 17.** Número de Partes que cuentan con programas de educación y concientización destinados a grupos específicos (*categorías incluidas en el instrumento de presentación de informes*)



En las notas sobre los progresos realizados en la aplicación del presente artículo, seis Partes (China, España, Letonia, Madagascar, Singapur y Viet Nam) señalaron que, a la hora de aplicar sus programas de comunicación y sensibilización, bien se coordinaban con diferentes sectores, bien cooperaban con los gobiernos locales.

### ***Principales observaciones***

Tomando como base los informes recibidos en el ciclo de presentación de informes de 2012, la tasa media de aplicación de las disposiciones contenidas en el artículo 12 es del 70%, una de las tasas de aplicación más elevadas de todos los artículos sustantivos. Las Partes también han fortalecido el intercambio de los recursos relacionados con sus programas de educación, comunicación y concienciación a través de sus informes en beneficio de las demás Partes.

Ahora bien, las campañas de comunicación se dirigen y llegan de forma desigual a los distintos segmentos de la sociedad. La práctica de utilizar mensajes específicos para cada sexo aún no se ha extendido y se utilizan poco los mensajes que informen sobre las consecuencias económicas y ambientales adversas derivadas del consumo de tabaco, tal y como establece el artículo 12 f) del Convenio. Las Partes reconocen que los programas de educación, en especial, las campañas de concienciación amplias y prolongadas consumen muchos recursos y que los recursos necesarios para lograr efectos palpables no siempre están disponibles, tal como exponen Bosnia y Herzegovina, Djibouti y Vanuatu, en particular.

El análisis realizado pone de manifiesto que la adopción de algunas medidas podría reforzar aún más la aplicación del artículo 12, a saber: ampliar el alcance de las actividades de comunicación para llegar a los grupos menos accesibles y más desatendidos; incluir mensajes sobre las consecuencias adversas económicas y ambientales del consumo de tabaco en los programas de comunicación; intensificar la difusión de prácticas óptimas, y de los materiales de difusión y formación, que puedan incluir métodos costoeficaces de especial utilidad para los países con pocos recursos; y fortalecer la formación y el desarrollo de capacidad entre quienes sean fundamentales para promover y aplicar medidas antitabáquicas eficaces (por ejemplo, los miembros de los medios de comunicación, las instancias decisorias y los administradores).



## Artículo 13 *Publicidad, promoción y patrocinio del tabaco*

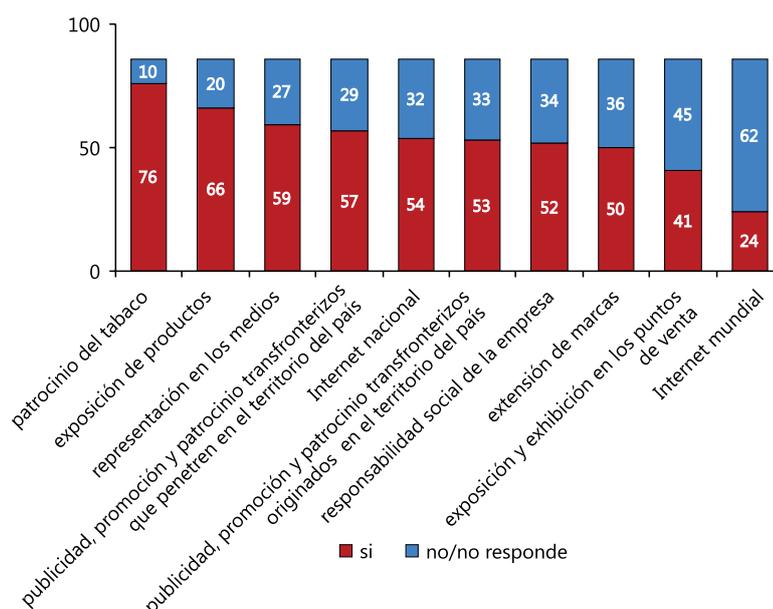
El artículo 13 se refiere a la prohibición de la publicidad, la promoción y el patrocinio de los productos de tabaco. Para ser eficaz, la prohibición debe abarcar toda forma de publicidad, promoción y patrocinio que lleve a cabo la industria tabacalera. Una vigilancia efectiva, un cumplimiento estricto y una aplicación enérgica de sanciones apoyadas por programas de educación pública y sensibilización de la comunidad facilitan la aplicación de dicha prohibición; al mismo tiempo las directrices adoptadas por la Conferencia de las Partes proporcionan información y ofrecen recomendaciones.

**Prohibición total de la publicidad, la promoción y el patrocinio (esta disposición está sujeta a plazo).** Más de dos tercios de las Partes (86) indicaron que han implantado una prohibición total, mientras que 39 Partes señalaron que no lo han hecho. De las Partes que han impuesto la prohibición, 53 han incluido en esta *la publicidad, la promoción y el patrocinio transfronterizos que se originen en su territorio*. Cinco de las Partes<sup>32</sup> que indicaron que no han introducido una prohibición total explicaron que ello se debe a que su constitución o los principios constitucionales contenidos en ella les impiden hacerlo.

La definición de las Partes de lo que es una prohibición total de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco varía y no siempre engloba todas las medidas específicas que prevén las directrices para la aplicación del artículo 13 (véase la Figura 18). Por ejemplo, únicamente el 75% de las Partes que afirmaron haber impuesto una prohibición total engloban en la prohibición la inserción de anuncios de productos y solo algo más de la mitad incluye el uso común de marcas; además, como se ha indicado antes, menos de dos tercios de esas Partes prohíben la publicidad, la promoción y el patrocinio transfronterizos.

Varias Partes informaron sobre avances recientes en esa área. En concreto, nueve Partes (Australia,<sup>33</sup> Canadá, Finlandia, Irlanda, Nepal, Nueva Zelandia, Noruega, Palau y Panamá)

**Figura 18.** Número de Partes que han incluido determinadas disposiciones en la prohibición total de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco (*de las 86 que han implantado una prohibición total*)



<sup>32</sup> Canadá, Ghana, Islas Cook, Japón y México.

<sup>33</sup> A nivel subnacional.

señalaron que han prohibido la exhibición de productos de tabaco en los puntos de venta; cuatro Partes (Finlandia, Irlanda, Nepal y Ucrania) indicaron que han prohibido la publicidad de productos de tabaco en los puntos de venta; Australia señaló que también ha implantado esa prohibición a nivel subnacional y Dinamarca observó que está considerando la posibilidad de introducir una prohibición similar. Siete Partes (Australia, Francia, Montenegro, Nepal, Noruega, Serbia y Reino Unido) señalaron que han extendido a Internet la prohibición de publicidad, promoción y patrocinio, mientras que otras Partes informaron sobre las dificultades encontradas a la hora de hacer cumplir esa prohibición en Internet. Un número reducido de Partes informó sobre los progresos realizados en otros ámbitos, tales como prohibir las técnicas de comercialización individualizada (o «viral») (Sudáfrica); prohibir el uso común de marcas (Reino Unido); prohibir que la industria tabacalera pueda dar publicidad a las prácticas empresariales que describen como «socialmente responsables» (Nueva Zelanda y España); y prohibir la exhibición de productos de tabaco en todos los medios de comunicación audiovisual (Austria y Reino Unido).

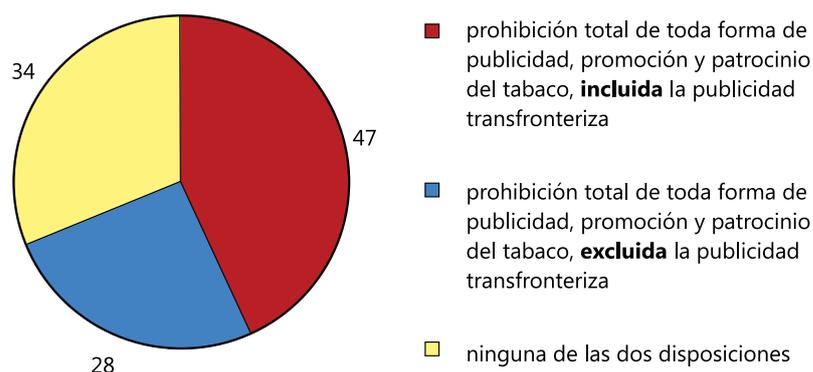
Entre las áreas problemáticas indicadas por las Partes en la aplicación del artículo 13, las disposiciones relativas a la publicidad, la promoción y el patrocinio transfronterizos del tabaco fueron mencionadas con frecuencia. Las Partes pidieron mayor cooperación internacional y hubo una Parte que afirmó que se necesita un protocolo sobre la materia.

**Restricciones a toda forma de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco.** Cabe esperar que las Partes que no han impuesto una prohibición total de conformidad con lo previsto en el artículo 13, indiquen qué restricciones aplican. La mayoría de las 39 Partes que no cuenta con una prohibición total restringe la publicidad en la radio, la televisión y la prensa escrita, y aproximadamente la mitad restringe el patrocinio del tabaco de acontecimientos internacionales y el uso de incentivos directos e indirectos que inciten a comprar tabaco, o bien exige que toda publicidad de tabaco restante vaya acompañada de advertencias sanitarias.

### *Plazos para la aplicación*

El artículo 13.2 exige que las Partes prohíban totalmente toda forma de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco, de conformidad con su Constitución y sus principios constitucionales, en un plazo de cinco años a partir de la entrada en vigor del Convenio en esa Parte. De las 109 Partes para quienes ha vencido ese plazo, 75 indicaron que han impuesto una prohibición total de la publicidad, si bien únicamente 47 señalaron que la prohibición también incluye la publicidad transfronteriza originada en sus territorios; 34 Partes no han aplicado ninguna de esas dos disposiciones (véase la Figura 19). En el anexo 3 figura información detallada sobre la aplicación por las Partes de las medidas sujetas a plazo de conformidad con el artículo 13.

**Figura 19.** Número de Partes que han aplicado las disposiciones sujetas a plazo de conformidad con el artículo 13 (de las 109 que han agotado el plazo de que disponían para la aplicación)



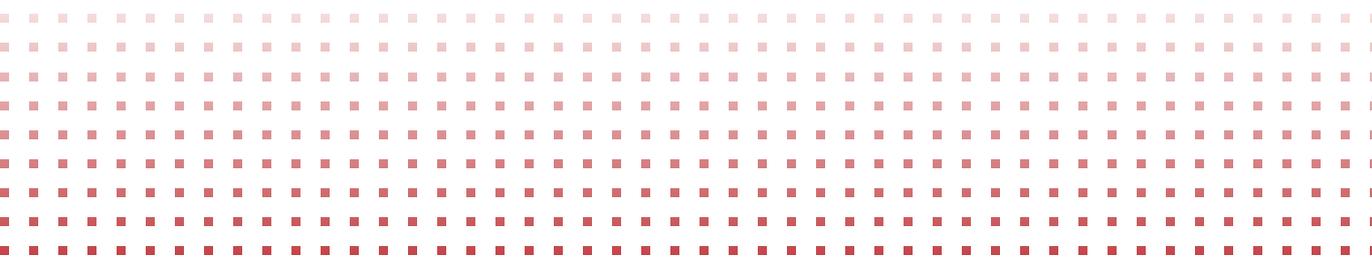


### *Principales observaciones*

Más de dos tercios de las Partes (86) señalaron que han implantado una prohibición total. Ahora bien, si en el análisis únicamente se tiene en cuenta a las Partes que incluyen la publicidad transfronteriza originada en su territorio en esa prohibición, según lo previsto en el artículo 13.2, la tasa media de aplicación de esas dos disposiciones cae para situarse en el 44%. Así pues, el artículo 13 sigue estando entre los artículos que tienen una tasa de aplicación media que oscila entre el 40% y el 60%.

Por tanto, la inclusión de la publicidad transfronteriza en la prohibición de la promoción del tabaco parece plantear problemas a muchas Partes, al igual que ocurre a la hora de aplicar la prohibición de la promoción en Internet. Por otro lado, la definición de lo que se entiende por prohibición total de la publicidad y la promoción del tabaco que aplican las Partes a menudo no se corresponde con la definición propuesta en las directrices del artículo 13.

En ese contexto, algunas medidas importantes que cabría adoptar para agilizar la aplicación del artículo 13 son: ampliar el ámbito de aplicación de la legislación nacional para que englobe toda forma de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco, con arreglo a las recomendaciones contenidas en las directrices para la aplicación del artículo 13; cumplir los plazos previstos en el artículo 13.2; e incluir en la prohibición la publicidad, la promoción y el patrocinio transfronterizos del tabaco, y toda forma de publicidad indirecta del tabaco en consonancia con las recomendaciones de las directrices.



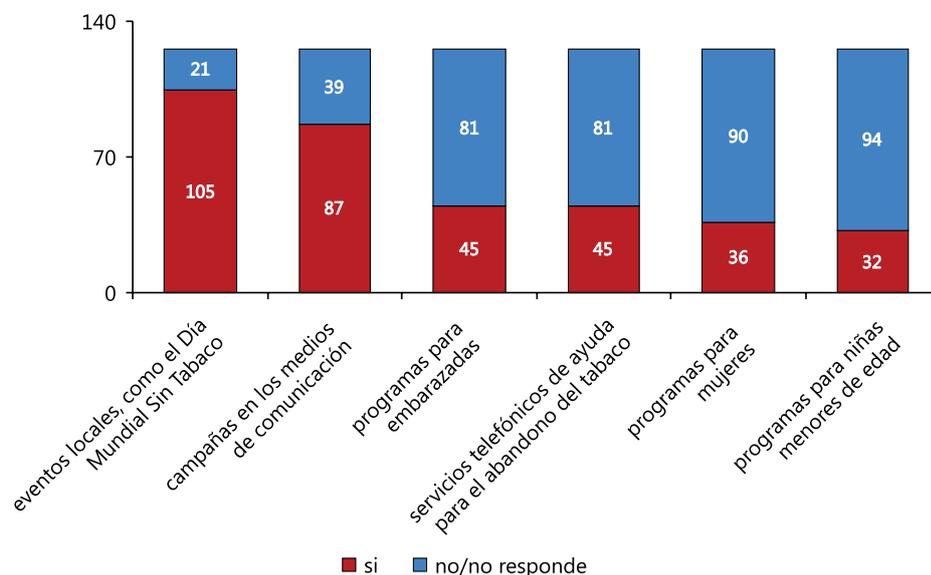
## Artículo 14 *Medidas relativas a la dependencia y al abandono del tabaco*

El artículo 14 se refiere a la prestación de apoyo para reducir la dependencia del tabaco y promover el abandono de su consumo, mediante servicios de asesoramiento, apoyo psicológico, terapia de sustitución con nicotina y programas de educación dirigidos a los jóvenes, entre otros. Se alienta a las Partes a que pongan en marcha una infraestructura sostenible que permita prestar esos servicios. La Conferencia de las Partes adoptó en su cuarta reunión las directrices para la aplicación de este artículo.

**Directrices nacionales.** La mitad de las Partes indicó que ha elaborado directrices nacionales integradas para el abandono del tabaco, basadas en datos científicos y en prácticas óptimas; de hecho, 15 Partes (Australia, Canadá, Filipinas, Finlandia, Hungría, Jordania, Malasia, Noruega, Nueva Zelandia, Países Bajos, Paraguay, Portugal, Reino Unido, Suecia y Turquía) han aportado el texto de esas directrices en su informe a modo de anexo o mediante un enlace a un sitio web. El Reino Unido informó de que el Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica ha elaborado un conjunto de directrices para dejar de fumar dirigido a grupos de población específicos, como las mujeres embarazadas y las púerperas.

**Programas para promover el abandono del consumo de tabaco y entornos en que se aplican esos programas.** Según 105 Partes, la celebración de eventos locales, como los celebrados con ocasión del Día Mundial Sin Tabaco, ofrece una atractiva oportunidad para transmitir mensajes encaminados a promover el abandono del consumo de tabaco. Aproximadamente, dos tercios de las Partes indicaron que han llevado a cabo campañas mediáticas que recalcan la importancia de dejar de fumar. Únicamente alrededor de un tercio de las Partes cuenta con programas específicos dirigidos a las niñas menores de edad, las mujeres y las mujeres embarazadas. Alrededor de un tercio de las Partes (45) señaló que ha creado líneas telefónicas de ayuda para promover el abandono del tabaco (véase la Figura 20). Asimismo, 17 Partes mencionaron otros programas y oportunidades de los que se sirven para transmitir mensajes que promuevan el abandono del tabaco, tales como actividades juveniles, centradas en la educación entre compañeros; programas dirigidos a menores, jóvenes adultos y jóvenes consejeros; y programas destinados a grupos indígenas, presos y personas marginadas. Kazajstán señaló que la iniciativa ciudades sin humo («Astana sin humo», en su caso) también puede utilizarse para promover el abandono del consumo de tabaco.

**Figura 20.** Número de Partes que cuentan con un programa específico para promover el abandono del consumo de tabaco





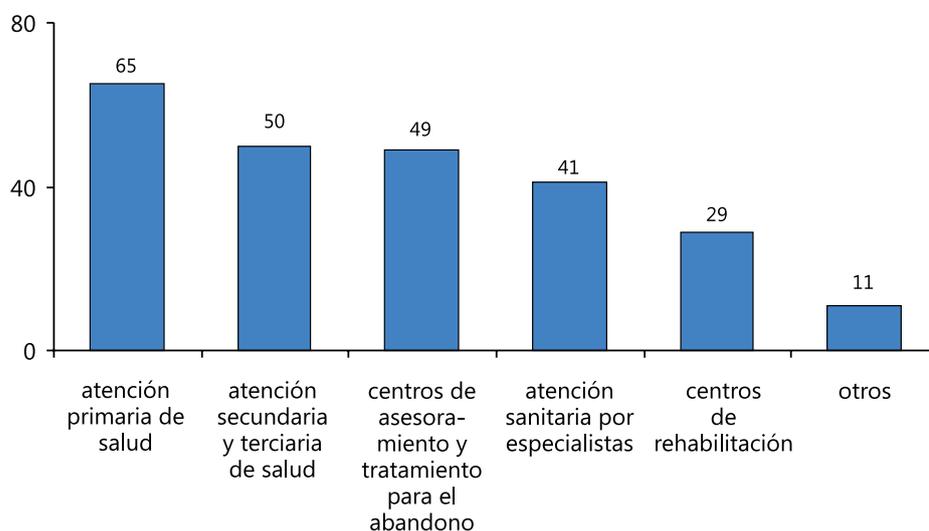
Varias Partes proporcionaron información detallada acerca de los progresos realizados con relación a los servicios telefónicos de ayuda para abandonar el consumo de tabaco, que en las directrices para la aplicación del artículo 14 se consideran uno de los principales medios a los que la población tiene acceso directo. Dos Partes (Egipto y Turquía) señalaron que recientemente habían puesto en marcha nuevas líneas telefónicas de ayuda y una Parte (Austria) indicó que había ampliado la disponibilidad de los servicios existentes.

Las Partes también informaron sobre el entorno utilizado para aplicar programas para el abandono del consumo de tabaco y promover mensajes a tal efecto. Casi el 75% de las Partes (92) señaló que prepara y aplica programas para el abandono del tabaco en los establecimientos de salud. Ello indica que se reconocen las oportunidades inherentes a estos lugares, tales como la presencia de profesionales de la salud que están capacitados para hacer constar el consumo de tabaco, dar consejos breves, promover los intentos de abandono y remitir a los consumidores de tabaco a los servicios especializados en el tratamiento de la dependencia, tal y como recomiendan las directrices para la aplicación del artículo 14. Alrededor de la mitad de las Partes también indicó que aplica programas de ayuda al abandono del tabaco en instituciones educativas y centros de trabajo (71 y 61 Partes, respectivamente) y un tercio de las Partes (40) incluye los entornos deportivos en la lista de lugares utilizados para promover este tipo de programas.

Trece Partes también mencionaron otros ámbitos, entre estos, las cárceles, las consultas psiquiátricas privadas, los entornos culturales y religiosos, las instituciones de protección social, los albergues y establecimientos de alojamiento temporal, y las sesiones para abandonar el tabaco organizadas por la sociedad civil y dirigidas por profesionales sanitarios en las comunidades. Dos Partes (Estonia y la República de Corea) citaron el ejército.

Varias Partes señalaron que utilizan nuevos enfoques y nuevas tecnologías para promover el abandono del consumo de tabaco entre los usuarios. Así por ejemplo, en el Canadá las aplicaciones de teléfonos inteligentes, los dispositivos interactivos multimedios (tecnología de pantalla táctil), los mensajes de texto y los sistemas de envío de mensajes dirigidos a los jóvenes por Internet se utilizan para promover el abandono del tabaco. En Irlanda, hay un proyecto que requiere que los usuarios se conecten a la red social Facebook.

**Figura 21.** Número de Partes que integran servicios para el abandono del consumo de tabaco a distintos niveles del sistema de salud



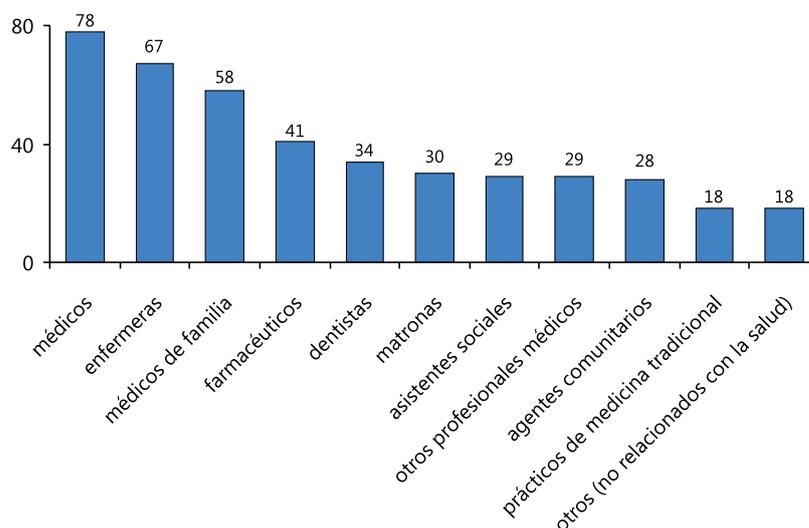
**Incorporar el diagnóstico y el tratamiento de la dependencia del tabaco en programas, planes y estrategias nacionales, e integrar los programas de abandono del consumo de tabaco en los actuales sistemas de salud.** Más de la mitad de las Partes (76) indicó que ha incorporado el diagnóstico y el tratamiento de la dependencia del tabaco y los servicios de asesoramiento para el abandono en sus programas planes y estrategias nacionales. Cuarenta y nueve Partes señalaron que han integrado esos temas en los programas, planes y estrategias de educación.

Casi dos tercios de las Partes (81) señalaron que han integrado los programas sobre el diagnóstico y tratamiento de la dependencia del tabaco en los sistemas de atención de salud, y más de la mitad de estas indicó que había creado centros especializados de asesoramiento para el abandono del consumo de tabaco y el tratamiento de la dependencia (véase la Figura 21).

La mayoría de las veces, el diagnóstico y el tratamiento de la dependencia del tabaco se efectúan mediante la infraestructura sanitaria existente, que incluye la atención de salud primaria, secundaria y terciaria, lo que está en consonancia con las recomendaciones contenidas en las directrices para la aplicación del artículo 14. Las Partes también informaron sobre otras estructuras integradas en sus actuales sistemas de salud que intervienen en el tratamiento del tabaquismo, como por ejemplo centros que proporcionan tratamiento psiquiátrico y neurológico, tratamiento farmacológico y tratamiento pulmonar y respiratorio. Varias Partes señalaron que las universidades privadas, los servicios médicos privados, las instituciones de salud mental y las organizaciones no gubernamentales también proporcionan asesoramiento y tratamiento para la dependencia.

Varias Partes informaron sobre los progresos realizados a la hora de fortalecer los servicios para el abandono del consumo de tabaco de que disponen. Dos Partes (Omán y Qatar) señalaron que han puesto en marcha su primer centro de ayuda para abandonar el consumo de tabaco, mientras que Irak indicó que tenía previsto hacerlo. Malasia ha integrado su servicio de deshabituación en su principal infraestructura sanitaria, y el Reino Unido informó de la puesta en marcha de un nuevo programa en el sistema de salud de Inglaterra destinado a prestar apoyo a los fumadores para que se deshabituén. El Canadá y Francia indicaron que habían puesto en marcha nuevos programas especiales dirigidos a las mujeres y las mujeres embarazadas, y Singapur informó sobre un programa piloto para las fuerzas policiales destinado a ayudar a los nuevos agentes a que abandonen el hábito de fumar.

**Figura 22.** Número de Partes que cuentan con la asistencia de distintos profesionales de la salud y de otros profesionales en los servicios de tratamiento y de asesoramiento





**Sistemas públicos de financiación o reembolso.** El 25% de las Partes (32) indicó que los servicios integrados en la atención primaria de salud son reembolsados en su totalidad; 29 Partes señalaron que el reembolso es parcial y 18 Partes afirmaron que esos servicios no cuentan con financiación pública. En el caso de los centros especializados en asesoramiento para el abandono del consumo de tabaco, 23 Partes indicaron que el reembolso es total, 19 Partes señalaron que el reembolso es parcial y 34 Partes afirmaron que el reembolso no se contempla; seis Partes señalaron que prestan servicios para el abandono del tabaco de forma gratuita (Botswana, Bulgaria, Chile, Israel, Letonia –y para los menores de 18 años, Palau).

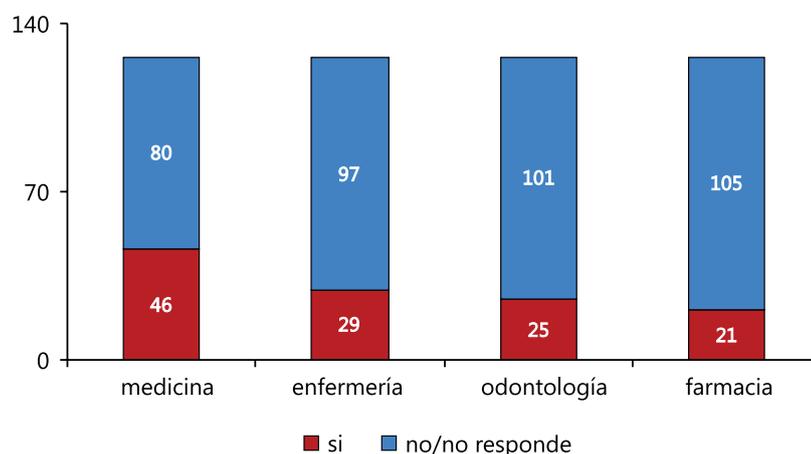
**Profesionales de la salud y otros profesionales que participan en programas de asesoramiento y tratamiento de la dependencia del tabaco, y capacitación de estos.**

Los médicos de familia, las enfermeras y los médicos en general son los profesionales que con mayor frecuencia intervienen en esos programas (véase la Figura 22). Existe un amplio espectro de otros profesionales de la salud que participan en estos programas como por ejemplo, médicos especializados tales como neumólogos, cardiólogos, oncólogos, oftalmólogos, otorrinolaringólogos, ginecólogos, psiquiatras, narcólogos, tabacólogos (en Bélgica, profesionales de la salud especializados en el tratamiento para el abandono del tabaco), defectólogos (en Serbia, pedagogos especializados en personas con necesidades educativas especiales). Otros profesionales de la salud que también desempeñan un papel son las enfermeras de salud mental, los visitantes médicos, los «asesores» especializados en el abandono del hábito de fumar (en el Reino Unido), los agentes de educación para la salud y los especialistas en salud pública, así como los administradores del departamento de enfermedades no transmisibles del ministerio de salud (en Seychelles). Varias Partes indicaron que también cuentan con la colaboración de profesionales no sanitarios, como psicólogos, organizaciones no gubernamentales y organizaciones religiosas.

**Planes de estudios de los profesionales de la salud.** Cerca de un tercio de las Partes (46) indicó que el tratamiento de la dependencia del tabaco está incluido en los planes de estudio de medicina. Esas cifras únicamente alcanzan el 20% o menos en el caso de otras profesiones sanitarias, como por ejemplo, enfermería, odontología y farmacia (véase la Figura 23).

**Accesibilidad y asequibilidad de los productos farmacéuticos para el tratamiento de la dependencia del tabaco.** Más de la mitad de las Partes (72) declaró que facilita la accesibilidad y asequibilidad del tratamiento de la dependencia del tabaco, concretamente de los productos farmacéuticos pertinentes. Setenta y cuatro Partes señalaron que

**Figura 23.** Número de Partes que incluyen el tratamiento de la dependencia del tabaco en los planes de estudio de diferentes categorías de profesionales de la salud





disponen de tratamiento de sustitución con nicotina, si bien únicamente 55 indicaron que disponen de vareniclina y 52 de bupropión.

Doce Partes señalaron que disponen de otros productos farmacéuticos para el tratamiento de la dependencia del tabaco, a saber: Citisina/Tabex (Bulgaria, Kirguistán, Letonia, Serbia y Ucrania), clonidina (México), nortriptilina (Finlandia, México y Nueva Zelandia), escitalopram (Panamá). Mongolia informó sobre la producción de un medicamento local para el tratamiento contra el tabaquismo.

Se pidió a las Partes que afirmaron que disponen de productos farmacéuticos que indicaran si los gastos del tratamiento con esos productos eran sufragados con fondos públicos o mediante un plan de reembolso. En el caso del tratamiento de sustitución con nicotina, 19 Partes reembolsan la totalidad de los gastos y 10 solo reembolsan una parte; en lo que respecta al bupropión, 11 Partes reembolsan todos los gastos y 12 solo una parte; en el caso de la vareniclina, 10 Partes reembolsan todos los gastos y 10 reembolsan una parte. Hay un número cada vez mayor de Partes que incluye el tratamiento de sustitución con nicotina en sus listas de medicamentos esenciales, tras la inclusión por primera vez de dicho tratamiento en la Lista Modelo OMS de Medicamentos Esenciales en 2009. Malasia y Mongolia señalaron que incluyen ese tratamiento desde la presentación del informe previo sobre la aplicación.

Algunas Partes también informaron sobre problemas relacionados con la disponibilidad y asequibilidad de los tratamientos que utilizan productos farmacéuticos para ayudar a abandonar el consumo de tabaco. Benin señaló que el tratamiento de sustitución con nicotina únicamente puede importarse a título personal a través de las farmacias y que su costo es prohibitivo. Fiji, Mongolia y Swazilandia también indicaron que esos productos son inaccesibles para la mayoría de los fumadores debido a su elevado precio.

### ***Principales observaciones***

Tomando como base los informes recibidos en el ciclo de presentación de informes de 2012, la tasa media de aplicación de las disposiciones contenidas en el artículo 14 es del 46%, lo que sitúa este artículo entre los ocho artículos sustantivos del Convenio que han alcanzado la tasa media de aplicación, que se encuentra en el tramo del 40%-60%.

Existe un creciente acervo de conocimientos y experiencia acumulado por las Partes con relación a la adopción de medidas eficaces para promover el abandono del tabaco. Al mismo tiempo, los informes de las Partes indican que muchas de las oportunidades para promover el abandono del consumo de tabaco no se han aprovechado adecuadamente. Así por ejemplo, solo alrededor de un tercio de las Partes incluye el tratamiento de la dependencia del tabaco en los planes de estudio de medicina y únicamente la mitad de las Partes afirman haber elaborado directrices nacionales para promover el abandono del tabaco. También hay una relativa falta de integración de los servicios de ayuda para abandonar el consumo de tabaco en la atención primaria de salud y en otros niveles del sistema de salud, lo que se traduce en una reducción de la accesibilidad de esos servicios a muchos ciudadanos.

El análisis realizado pone de manifiesto que la aplicación de este artículo en toda su extensión se vería beneficiada si un mayor número de Partes elaboraran y difundieran directrices nacionales para el tratamiento de la dependencia del tabaco, y robustecieran la infraestructura pertinente a partir de la capacidad de que disponen. Ello podría lograrse mediante la utilización de la infraestructura y el sistema de atención de salud primaria, secundaria, terciaria y especializada; ampliando el espectro de profesionales sanitarios capacitados para ofrecer consejo breve; integrando el tratamiento de la dependencia del tabaco entre las materias troncales de los planes de estudio; e impartiendo formación especializada a todos los profesionales sanitarios.



### 3.3 Reducción de la oferta de tabaco (Parte IV del Convenio)

## Artículo 15 Comercio ilícito de productos de tabaco

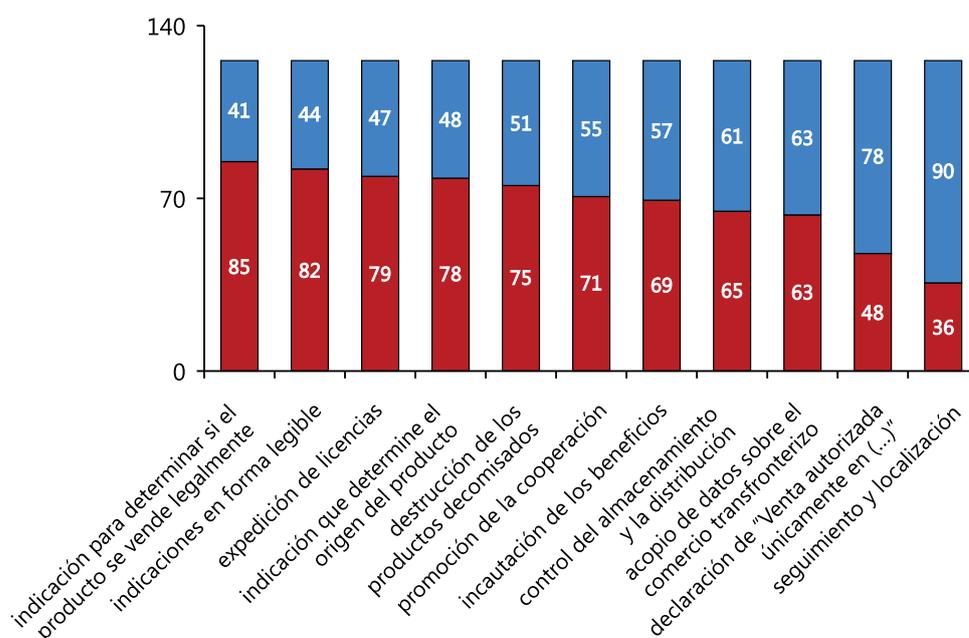
El artículo 15 se refiere al compromiso de las Partes para eliminar todas las formas de comercio ilícito de productos de tabaco. El protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco<sup>34</sup> tiene por objeto complementar el Convenio en ese ámbito.

Dos tercios de las Partes (84) indicaron que han promulgado leyes contra el comercio ilícito de productos de tabaco o han fortalecido las existentes (véase la Figura 24). Además, siete Partes (Antigua y Barbuda, Bahamas, Benin, Islas Salomón, Paraguay, Togo y Viet Nam) señalaron que recientemente han empezado a elaborar legislación en esta materia.

**Decomisos.** Más de la mitad de las Partes (69) proporcionó información relativa al decomiso de productos de tabaco. Veinticinco Partes respondieron que tienen información sobre el porcentaje de productos de contrabando en el mercado nacional del tabaco y 17 aportaron dichos porcentajes. Según la información facilitada, los porcentajes varían enormemente entre distintos países, y oscilan entre el 0,20% y el 40%.

**Indicaciones en el empaquetado.** Cerca de dos tercios de las Partes (78) señalaron que exigen que los paquetes de tabaco lleven indicaciones que ayuden a las autoridades a establecer el origen del producto y determinen si su venta está legalmente autorizada en el mercado interno. Ochenta y dos Partes informaron de que las indicaciones son legibles o se presentan en la lengua o lenguas principales del país. Ahora bien, únicamente cerca de un tercio de las Partes (48) exige que todos los paquetes y los envases de productos de tabaco destinados a la venta al por menor y al por mayor lleven la declaración «Venta autorizada únicamente en (...)», o cualquier otra indicación útil en la que figure el destino final del producto. Singapur exige que cada cigarrillo con derechos pagados, importado

Figura 24. Número de Partes que aplican las disposiciones del artículo 15



<sup>34</sup> El proyecto de protocolo fue presentado a la Conferencia de las Partes para su adopción en su quinta reunión, en el momento en que estaba terminando de elaborarse el presente informe, en octubre de 2012.

o elaborado para la venta en el país lleve la indicación «SDPC» («Singapore Duty-Paid Cigarettes»).

**Seguimiento y localización.** Más de un 25% de las Partes (36) respondió afirmativamente a la pregunta de si ha ideado un régimen práctico de seguimiento y localización que dé más garantías al sistema de distribución y ayude en la investigación del comercio ilícito. La mitad de las Partes indicó que exigen hacer un seguimiento del comercio transfronterizo de productos de tabaco, incluido el comercio ilícito, y recopilar datos al respecto.

**Incautación y destrucción.** Más de la mitad de las Partes (69) indicó que cuentan con medidas que posibilitan la incautación de los beneficios derivados del comercio ilícito de productos de tabaco, y que vigilan, documentan y controlan el almacenamiento y la distribución de productos de tabaco que se encuentren o desplacen en régimen de suspensión de impuestos y derechos. Setenta y cinco Partes indicaron que exigen la destrucción de los equipos incautados, los cigarrillos falsificados y de contrabando, y otros productos de tabaco objeto de comercio ilícito, aplicando métodos inocuos con el medio ambiente cuando sea posible, o bien que se eliminen de conformidad con la legislación nacional.

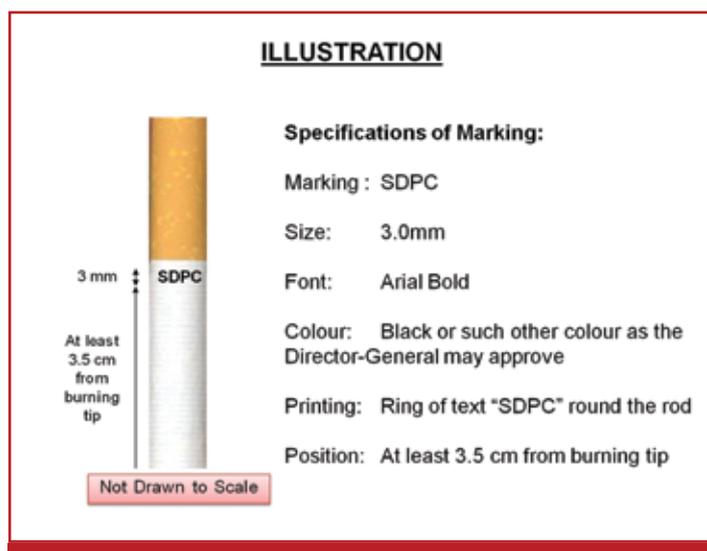
**Expedición de licencias.** Casi dos tercios de las Partes (79) respondieron afirmativamente con relación a la obligación de expedir licencias o de adoptar otras medidas para controlar y regular la producción y distribución de los productos de tabaco, con el fin de prevenir el comercio ilícito.

**Promoción de la cooperación en materia de comercio ilícito de productos de tabaco.** Setenta y una Partes indicaron que promueven la cooperación entre los organismos nacionales y las organizaciones intergubernamentales regionales e internacionales pertinentes, con miras a eliminar el comercio ilícito de productos de tabaco. Varias Partes (Costa Rica, Ecuador, Estados Federados de Micronesia, Honduras y Palau) señalaron que necesitan asistencia y una mayor cooperación, con el fin de aplicar las medidas para combatir el comercio ilícito. Cuatro Partes (Kirguistán, Portugal, España y Ucrania) indicaron que los excedentes de producción de otras Partes podrían haber sido la causa del aumento del comercio ilícito en sus países; esta observación también pone de manifiesto que es necesario intensificar la cooperación internacional en ese ámbito.

### **Principales observaciones**

La tasa de aplicación de las medidas previstas en el artículo 15 del Convenio apenas se ha modificado desde la publicación del informe sobre los progresos realizados a escala mundial de 2010. La tasa media de aplicación de las disposiciones previstas en este artículo es del 55%.

Además, el grado relativamente bajo de aplicación de medidas eficaces para combatir el comercio ilícito de productos de tabaco, en especial de los regímenes de seguimiento y

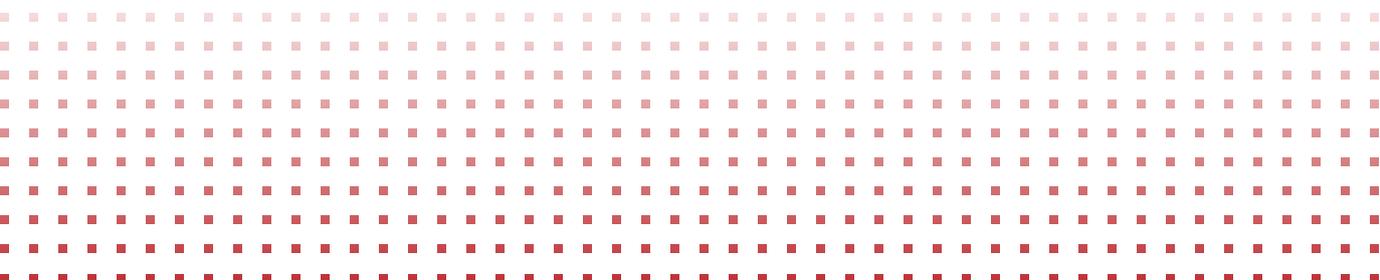


En Singapur cada cigarrillo debe llevar su indicación. Fotografía cortesía de las autoridades aduaneras de Singapur.



localización, pone de relieve la necesidad de reforzar las herramientas y los medios para aplicar de forma efectiva este artículo, en particular en los países en desarrollo y a nivel regional y subregional.

El protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco fue presentado a la Conferencia de las Partes para su adopción en el momento en que estaba terminando de elaborarse el presente informe y contiene las principales medidas y mecanismos de cooperación internacional para acelerar la aplicación de esta importante disposición del Convenio.



## Artículo 16 *Ventas a menores y por menores*

Este artículo prevé que las Partes adopten y apliquen medidas para prohibir la venta de productos de tabaco a menores y por menores, así como otras medidas que limiten el acceso de los menores de edad a los productos de tabaco. Los detalles relativos a la aplicación se presentan en la Figura 25.

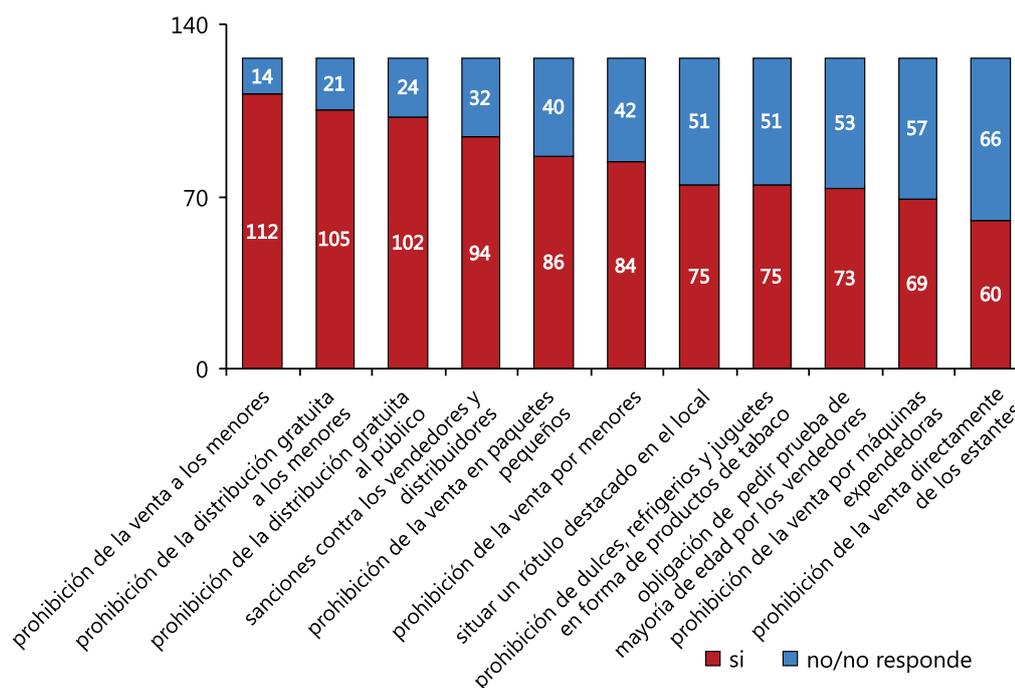
Aproximadamente el 90% de las Partes (112) indicó que ha prohibido la venta de productos de tabaco a los menores de edad. Se determinó que la mayoría de edad legal oscila entre los 16 y los 21 años. Dos tercios de las Partes (84) indicaron que prohíben la venta de productos de tabaco por menores de edad. Veinticuatro Partes señalaron que habían modificado recientemente la legislación vigente y siete Partes (Antigua y Barbuda, Bangladesh, Bosnia y Herzegovina, Botswana, Chile, Swazilandia y Yemen) indicaron que están estudiando la posibilidad de promulgar una nueva legislación que contemple la venta de productos de tabaco.

Varias Partes informaron sobre las actividades realizadas para sensibilizar a los vendedores de tabaco y al conjunto de la población acerca de las normas que rigen la venta a menores de edad. Así por ejemplo, Bahrein ha introducido un sistema uniforme de rótulos que deben exhibirse en los puntos de venta e informan de lo que exige la ley y de cuáles son las sanciones aplicadas en caso de incumplimiento. En el Chad, los esfuerzos se centraron en informar a los padres de niños que venden productos de tabaco de que esa actividad es ilegal, según la legislación vigente en el país. En Madagascar, acaba de finalizar un proyecto destinado a alertar a los vendedores de productos de tabaco sobre la nueva normativa.

### *Fabricación de productos que puedan resultar atractivos para los menores y distribución de productos de tabaco*

**Prohibición de la fabricación de productos que puedan resultar atractivos para los menores.** Más de la mitad de las Partes (75) indicó que en su jurisdicción está prohibida

**Figura 25.** Número de Partes que aplican las disposiciones del artículo 16





la fabricación y venta de dulces, refrigerios, juguetes y otros objetos que tengan forma de productos de tabaco y puedan resultar atractivos para los menores.

**Distribución gratuita de productos de tabaco.** Más del 80% de las Partes (105) indicó que ha adoptado medidas destinadas a prohibir la distribución gratuita de productos de tabaco entre los menores.

**Venta de cigarrillos sueltos o en paquetes pequeños.** Dos tercios de las Partes (84) indicaron que han adoptado políticas para prevenir la venta de cigarrillos sueltos o en paquetes pequeños («mini paquetes»).

### *Circunstancias de la venta de productos de tabaco*

**Colocación de un rótulo claro y destacado en el interior de los establecimientos de venta.** Más de la mitad de las Partes (75) señaló que exige que los vendedores indiquen, en un rótulo claro y destacado situado en el interior de su local, la prohibición de la venta de productos de tabaco a los menores.

**Obligación de solicitar al comprador que demuestre que ha alcanzado la mayoría de edad.** De nuevo, más de la mitad de las Partes (73) indicó que exige a los vendedores de productos de tabaco que, en caso de duda, pidan al comprador que demuestre que ha alcanzado la mayoría de edad.

**Imposición de sanciones contra los vendedores.** El 75% de las Partes (94) señaló que ha previsto sanciones contra los vendedores y distribuidores, con el fin de garantizar que se cumpla la ley.

Algunas Partes proporcionaron ejemplos concretos de actividades emprendidas para supervisar el cumplimiento (Ecuador, Estados Federados de Micronesia, Francia, Georgia, Islandia, Islas Cook, Panamá y Vanuatu). Varias Partes se refirieron a los escollos hallados a la hora de hacer cumplir la ley, en particular en lo que respecta a la aplicación de sanciones administrativas. Por ejemplo, el Gabón subrayó que había encontrado dificultades para hacer cumplir la normativa relativa a la venta de cigarrillos sueltos en los quioscos y las tiendas pequeñas. La experiencia de Francia es particularmente significativa: El Comité Nacional Contra el Tabaco encargó un estudio, realizado en mayo de 2011, para saber hasta qué punto los vendedores de tabaco respetaban la norma que prohíbe vender tabaco a menores de edad. El estudio puso de manifiesto que únicamente el 25% de los vendedores de productos de tabaco visitados pedía a los compradores menores algún documento que demostrase su edad y que casi dos tercios de los vendedores venden productos de tabaco a niños de edades comprendidas entre los 12 y los 17 años.

**Accesibilidad de los productos de tabaco en los puntos de venta.** Casi la mitad de las Partes (60) indicó que ha prohibido que los productos de tabaco en venta estén directamente accesibles, como por ejemplo en los estantes de las tiendas.

**Máquinas expendedoras de tabaco.** Más de la mitad de las Partes (69) indicó que la venta de productos de tabaco en máquinas expendedoras está prohibida en su jurisdicción, mientras que 50 Partes (40%) siguen permitiendo ese tipo de venta. Seis Partes indicaron que, recientemente, se ha prohibido la venta de productos de tabaco en máquinas expendedoras en su país (Finlandia, Jordania, Malta, Palau, Reino Unido (Inglaterra) y Vanuatu).

Ahora bien, de las 50 Partes antes mencionadas, 30 señalaron que exigen que las máquinas expendedoras no sean accesibles a los menores y no promuevan la venta de productos de tabaco a menores. Algunas Partes, donde las máquinas expendedoras siguen en funcionamiento, proporcionaron ejemplos de prácticas que permiten restringir el acceso a dichas máquinas, con el fin de evitar que los menores puedan comprar productos de tabaco.



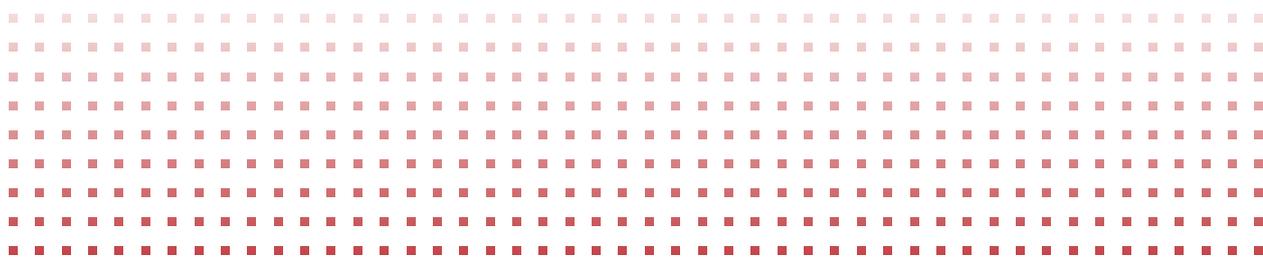
Por ejemplo, en varios estados de Australia, las máquinas expendedoras deben ser operadas por un miembro del personal, a no ser que estén ubicadas a la vista del mostrador desde donde se sirve en los bares, casinos y tiendas de bebidas alcohólicas; además, no deben promover la venta de productos de tabaco a menores de edad. En Austria, las máquinas expendedoras solo pueden desbloquearse mediante la inserción de una tarjeta con microprocesador (por ejemplo, una tarjeta de crédito), lo que demuestra que el cliente tiene la edad mínima legal para comprar productos de tabaco. En Bélgica, las máquinas expendedoras de cigarrillos están instaladas en bares y únicamente se pueden desbloquear utilizando una moneda que el comprador obtiene de la persona encargada del funcionamiento de la máquina. En el Canadá, la Ley federal contra el tabaco prohíbe las máquinas expendedoras en lugares públicos, salvo en los bares, las tabernas o las salas de bebida, y exige que estas estén provistas de un mecanismo de seguridad. Varias provincias y territorios han prohibido totalmente la venta de productos de tabaco a través de máquinas expendedoras. En Finlandia, la Ley del tabaco de 2010 prohíbe la venta de productos de tabaco en máquinas expendedoras automáticas, pero la prohibición no entrará en vigor hasta el 1 de enero de 2015. Hasta entonces, únicamente podrán venderse productos de tabaco en máquinas expendedoras automáticas en los casos en que tales ventas puedan ser supervisadas y fiscalizadas en todo momento. En San Marino, las máquinas expendedoras han de incluir un mecanismo que requiera la inserción de un documento que incluya la edad del comprador.

### *Principales observaciones*

La tasa media de aplicación de las disposiciones de este artículo es del 68%, una de las más elevadas de todos los artículos sustantivos del Convenio. Muchas Partes señalaron que habían avanzado en este ámbito, y expusieron las áreas objeto de avance; 13 Partes subrayaron que consideran que la aplicación de este artículo es prioritaria.

La aplicación del artículo 16 resulta problemática para algunas Partes, ya sea por la falta de una legislación eficaz y otras medidas reguladoras, o debido a dificultades relacionadas con la aplicación efectiva, situación que se debe, al menos en parte, a la falta de medios para vigilar su cumplimiento.

En ese contexto, cabría adoptar algunas medidas importantes para acelerar la aplicación del presente artículo, considerando las obligaciones como un conjunto integral. Algunas de esas medidas son: subsanar las lagunas legales relativas a distintas prácticas de venta, como la venta de paquetes pequeños, el uso de máquinas expendedoras, o la venta ambulante de productos de tabaco y otros productos por menores; y fortalecer los mecanismos de aplicación, aumentando los medios destinados a vigilar el cumplimiento y garantizando que las sanciones impuestas a los vendedores que no cumplan la ley funcionan como elementos de disuasión eficaces, entre otras cosas.



## Artículo 17 *Apoyo a alternativas económicamente viables*

## Artículo 18 *Protección del medio ambiente y de la salud de las personas*

El artículo 17 tiene por objeto garantizar la prestación de apoyo a medios de vida alternativos económicamente viables para los trabajadores, cultivadores y los pequeños vendedores, mientras que el artículo 18 aborda los aspectos preocupantes relacionados con los graves riesgos que plantea el cultivo de tabaco para la salud humana y el medio ambiente.

**Cultivo de tabaco.** Sesenta y dos Partes indicaron que en sus jurisdicciones se cultiva tabaco. La mitad de esas Partes proporcionó datos estadísticos acerca del número real de trabajadores, explotaciones agrícolas y familias productoras de tabaco. El número de personas dedicadas al cultivo de tabaco varía enormemente, y oscila entre 350-400 agricultores en Fiji y 70 000 agricultores en Túnez, a 1,51 millones de agricultores en China.

Además, 17 Partes (27%) facilitaron información sobre la parte correspondiente al valor de la producción de tabaco en rama del producto interior bruto: en la mayoría de las Partes ese porcentaje se mantiene en torno al 1% o por debajo de este. Algunas Partes indicaron cuál es la aportación del cultivo de tabaco a su producción agrícola total; incluso en esos casos, el porcentaje más elevado es solo del 2% (Bulgaria).

**Actividades alternativas económicamente viables.** Se pidió a las Partes que indicaran si promueven alternativas económicamente viables para los cultivadores de tabaco, los trabajadores tabacaleros y los vendedores de productos de tabaco. Diecisiete Partes afirmaron que han puesto en marcha programas para promover alternativas viables para los cultivadores de tabaco, mientras que 61 Partes respondieron que esa pregunta no les incumbía.

Solo cuatro Partes (Austria, Honduras, Malasia y Túnez) indicaron que promueven actividades alternativas para los trabajadores tabacaleros, y, únicamente dos Partes (Austria y Botswana) señalaron que han creado programas específicos para los pequeños vendedores de productos de tabaco.

Algunas Partes presentaron ejemplos de cómo enfocan la creación de medios de vida alternativos para quienes trabajan en el sector del tabaco.<sup>35</sup> Por ejemplo, en Bangladesh, el Banco Asiático de Desarrollo ha puesto en marcha un proyecto de diversificación de cultivos para los productores de tabaco y ha aportado alrededor de US\$ 40 millones para el periodo de cinco años que dura el proyecto. Este se ejecuta en el marco de un proyecto más amplio de desarrollo agrícola que tiene como fin la zonificación de cultivos y mejorar el aprovechamiento de la tierra. El Brasil señaló que había invertido R\$ 12 000 millones en 60 proyectos relacionados con medios de vida alternativos que benefician aproximadamente a 80 000 familias de agricultores. El Canadá ha puesto en marcha un proyecto denominado Programa de Transición del Tabaco, destinado a prestar apoyo a los cultivadores de tabaco que deseen producir otros cultivos o encontrar otras fuentes de ingresos. El programa ha tenido por efecto una disminución del número de cultivadores de tabaco, que pasó de 446 antes del inicio del programa a 214 en 2011. En 2009, Malasia creó la Junta Nacional para el Kenaf y el Tabaco, que tiene el mandato de ayudar a los agricultores que deseen producir cultivos alternativos, en particular kenaf. México cuenta con un programa de adaptación de cultivos que presta asistencia a los agricultores que

<sup>35</sup> Si desea obtener más ejemplos e información sobre medios de vida alternativos, puede consultar el informe del grupo de trabajo presentado a la Conferencia de las Partes en su quinta reunión (documento FCTC/COP/5/10).



deseen producir cultivos distintos a los que tradicionalmente se cultiva, como por ejemplo el tabaco; a lo largo de los últimos 12 años, ese programa ha contribuido a reducir la producción de tabaco en el país en un 80%. Por último, Serbia y Turquía señalaron que habían logrado reducir el cultivo de tabaco aminorando las subvenciones concedidas a los cultivadores.

***Protección del medio ambiente y de la salud de las personas.*** En lo que atañe al cultivo de tabaco, 18 Partes indicaron que tienen en cuenta la protección ambiental; el mismo número de Partes indicó que tiene en cuenta la salud de las personas en relación con el medio ambiente.

En cuanto a la fabricación de tabaco, 24 Partes indicaron que tienen en cuenta la protección del medio ambiente, y 25 Partes indicaron que tienen en cuenta la salud de las personas en relación con el medio ambiente.

Varias Partes informaron sobre los progresos recientemente realizados en la aplicación del presente artículo. Algunos ejemplos son: la introducción de políticas que regulen la elaboración de tabaco (Australia, Canadá, Chad, Portugal y Serbia); la adopción de medidas para mejorar el ahorro de energía y reducir las emisiones durante la producción de tabaco (China); la implantación de inspecciones periódicas en las fábricas de tabaco con el fin de verificar el cumplimiento de las normas de producción (Botswana); el establecimiento de multas que sancionen la contaminación ambiental ocasionada en el proceso de fabricación de productos de tabaco (Guatemala); la elaboración de directrices que promuevan buenas prácticas agrícolas en el uso de fertilizantes, productos fitosanitarios y consumo de agua (Italia y México); y garantizar que los plaguicidas agrícolas se vendan únicamente por distribuidores autorizados e indicación de un ingeniero agrícola (Turquía).

### ***Principales observaciones***

Tomando como base los informes de las Partes que indican que las medidas previstas en los artículos 17 y 18 del Convenio son aplicables en su territorio, la media de las tasas de aplicación de las medidas previstas en estos artículos son del 8% y el 21%, respectivamente. Pese a las recientes experiencias y los progresos realizados por las Partes, estos siguen siendo dos de los artículos menos aplicados del Convenio.

Algunos de los principales obstáculos a la aplicación son la escasez de información sobre programas concretos e investigaciones pertinentes, y la necesidad de fortalecer las plataformas de intercambio de información entre las Partes interesadas.

En cuanto a las medidas que deben adoptarse, cabe señalar que el informe presentado a la Conferencia de las Partes en su quinta reunión por el Grupo de Trabajo sobre los artículos 17 y 18<sup>36</sup>, contiene las opciones de política y las recomendaciones sobre alternativas económicamente sostenibles al cultivo de tabaco.

---

<sup>36</sup> Documento FCTC/COP/5/10.



### 3.4 Cuestiones relacionadas con la responsabilidad (*Parte VI del Convenio*)

#### **Artículo 19** *Responsabilidad*

El 25% de las Partes (35) indicó que, con fines de control del tabaco, ha aplicado medidas para ocuparse de la responsabilidad penal y civil, incluida la compensación, cuando proceda.

***Acciones por responsabilidad penal o civil.*** En respuesta a la pregunta de si alguna persona en su jurisdicción había incoado alguna acción por responsabilidad penal o civil, incluida la compensación si procediera, contra una empresa tabacalera en relación con cualquier efecto adverso para la salud causado por el consumo de tabaco, únicamente 22 Partes (menos de la quinta parte) respondió afirmativamente.

Veintitrés Partes proporcionaron información acerca de los progresos realizados recientemente en la aplicación del artículo 19. Tres Partes señalaron que habían adoptado medidas en materia de responsabilidad civil con fines de control del tabaco (Burkina Faso, Canadá y Honduras), y otras dos Partes señalaron que las medidas adoptadas abarcan la responsabilidad civil y penal (Djibouti y Serbia). Además, seis de las Partes indicaron que contaban con medidas sobre responsabilidad civil y penal que no habían sido concebidas específicamente para el control del tabaco (Austria, Botswana, Alemania, Malta, Mongolia y Suecia), y cinco Partes más señalaron que habían adoptado medidas sobre responsabilidad civil y penal con miras aplicar políticas de control del tabaco (Francia, Islas Cook, Islas Salomón, Swazilandia y Togo). Por último, Ghana y el Senegal informaron de que estaban elaborando medidas legislativas en materia de responsabilidad civil y penal. En la quinta reunión de la Conferencia de las Partes se presentó un documento a la consideración de esta que contiene más información sobre el artículo 19.<sup>37</sup>

***Adopción de medidas legislativas, ejecutivas, administrativas y de otro tipo contra la industria tabacalera.*** Solo seis Partes indicaron que han adoptado medidas contra la industria tabacalera a fin de obtener el reembolso total o parcial de los gastos médicos y sociales, y otros gastos pertinentes relacionados con el consumo de tabaco en su país.

El Brasil indicó que la legislación que está elaborando establece las indemnizaciones que debe pagar la industria tabacalera al Gobierno por los gastos derivados del tratamiento de las enfermedades relacionadas con el tabaco.

#### ***Principales observaciones***

La media de las tasas de aplicación de las medidas previstas en el artículo 19 es del 17%, una de las más bajas.

El mayor obstáculo a la aplicación de este artículo es que, si bien un 25% de las Partes señaló que contaba con una estructura para resolver cuestiones de responsabilidad penal y civil en relación con el control del tabaco, no son muchos los detalles aportados sobre el funcionamiento de esos marcos. Asimismo, el número de procesos judiciales que han terminado en éxito y están bien documentados es demasiado pequeño como para extraer buenas prácticas en la materia. El documento antes mencionado (FCTC/COP/5/11) incluye propuestas para promover una mayor comprensión de las medidas contenidas en este artículo, así como propuestas sobre la necesidad de que las Partes recopilen datos nacionales conexos y los comuniquen, y sobre los medios mediante los que la Conferencia de las Partes apoya a las Partes en ese ámbito. El examen de esta cuestión por la Conferencia de las Partes en su quinta reunión podría ayudar a las Partes a fortalecer la aplicación del artículo 19.

<sup>37</sup> Documento FCTC/COP/5/11.

### 3.5 Cooperación técnica y científica (Parte VII del Convenio)

## Artículo 20 *Investigación, vigilancia e intercambio de información*

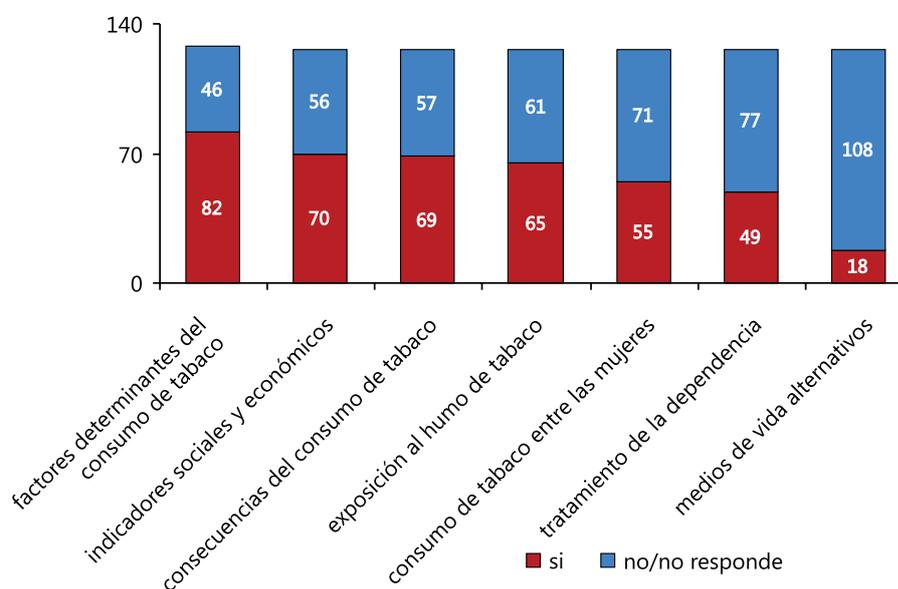
En virtud de lo dispuesto en este artículo, las Partes se comprometen a elaborar y promover investigaciones nacionales y a coordinar programas de investigación regionales e internacionales.

**Labores de investigación.** El instrumento de presentación de informes permite a las Partes proporcionar información relativa a las investigaciones emprendidas con relación a diversos aspectos del consumo de tabaco y el control de este. Se ha observado que los programas de investigación suelen abordar los factores determinantes del consumo de tabaco y los indicadores sociales y económicos relacionados con ese consumo, seguido de las consecuencias del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco. Solo algo más de un tercio de las Partes indicó que lleva a cabo investigaciones que permitan definir programas eficaces para el tratamiento de la dependencia del tabaco. Asimismo, 18 Partes señalaron que han realizado investigaciones con el fin de encontrar alternativas al cultivo de tabaco (véase la Figura 26).

Varias Partes informaron sobre otras áreas de investigación que no se contemplan mediante preguntas concretas en el instrumento de presentación de informes. Estas son: el consumo de tabaco entre los jóvenes (Países Bajos); la vigilancia de las políticas relativas al tabaco, en particular en lo que respecta a la oferta y el etiquetado de los productos de tabaco y a la exposición al humo de tabaco (Panamá); los efectos de las políticas de control del tabaco en las tasas de consumo de tabaco para fumar y las características de la deshabituación (República de Corea); la exposición al humo de tabaco en establecimientos hosteleros (España), la comorbilidad derivada del consumo de tabaco y el consumo de alcohol (Togo); la interferencia de la industria tabacalera en la elaboración de políticas antitabáquicas (Ecuador).

Cuarenta y cuatro Partes informaron sobre los progresos realizados en materia de investigación. La mayoría de estas indicó que había efectuado encuestas en el marco del Sistema Mundial de Vigilancia del Tabaco (Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes; Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Adultos; Encuesta Mundial sobre el Personal Escolar; Encuesta Mundial sobre los Estudiantes de Profesiones de la Salud);

**Figura 26.** Número de Partes que lleva a cabo actividades de investigación por materia





varias Partes indicaron que emprenderán tales estudios en un futuro próximo y que en este momento están preparándose. Cinco Partes (Fiji, Gambia, Georgia, Nepal e Islas Salomón) señalaron que estaban realizando o habían realizado recientemente encuestas basadas en el método progresivo de la OMS, y otras cuatro Partes, apuntaron que habían efectuado la Encuesta de Demografía y Salud (Azerbaiyán, Guyana, Nepal y Rwanda). Algunas Partes indicaron que habían llevado a cabo iniciativas nacionales que no forman parte de ninguna iniciativa coordinada de recopilación de datos a nivel internacional, tales como las encuestas nacionales de salud, encuestas de factores de riesgo, estudios de comportamiento en materia de salud, y encuestas sobre conocimientos, actitudes y creencias.

**Capacitación y apoyo a la investigación.** Cerca de la mitad de las Partes (65) indicaron que han puesto en marcha programas para apoyar a quienes se ocupan de actividades de control del tabaco, incluidas la investigación, la ejecución y la evaluación.

Cinco Partes (Australia, Finlandia, México, Suecia y Reino Unido) informaron sobre sus programas de capacitación y sobre cómo enfocan el fortalecimiento de la capacidad de control del tabaco en sus jurisdicciones. En concreto, Finlandia señaló que ha intensificado la cooperación entre el Instituto Nacional de Salud y Bienestar Social y la Agencia Estatal de Administración Regional, con el fin de dar a conocer los programas de control del tabaco en las jurisdicciones subnacionales y a las autoridades locales. En México, el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias organizó una reunión de investigadores que trabajan en temas relacionados con el tabaco, con miras a promover el intercambio de información y la colaboración entre las distintas partes interesadas que trabajan sobre el terreno. En Suecia, la Comisión Nacional para el Control del Tabaco ha financiado varios proyectos dirigidos a idear métodos que permitan prevenir el consumo de tabaco, y contribuyan a la difusión de técnicas basadas en datos científicos. En el Reino Unido, el Departamento de Salud ha financiado programas de formación y capacitación en materia de promoción y sensibilización, a través del Centro de Estudios para el Control del Tabaco (una red de nueve universidades del país que trabajan en el ámbito del control del tabaco).

**Sistemas nacionales de vigilancia epidemiológica.** Más de la mitad de las Partes (74) indicó que sus sistemas nacionales de vigilancia epidemiológica tienen en cuenta los patrones de consumo de tabaco; 61 Partes señalaron que estos engloban la exposición al humo de tabaco; 56 Partes indicaron que incluyen los factores determinantes del consumo de tabaco; 50 Partes afirmaron que abarcan las consecuencias del consumo de tabaco; y 50 Partes indicaron que incluyen los indicadores sociales, económicos y sanitarios relacionados con el consumo de tabaco.

Los informes de las Partes aportan ejemplos de las prácticas aplicadas en la recopilación periódica de datos nacionales sobre el consumo de tabaco. En Lituania, la Universidad de Ciencias de la Salud lleva a cabo un estudio sobre el comportamiento de la población adulta en materia de salud cada dos años. En Malta, la Dirección de Salud, Información e Investigación recopila información relativa a la incidencia del cáncer de pulmón y las muertes asociadas al tabaco, mientras que el Sistema Nacional de Información sobre Obstetricia se ocupa de recopilar datos sobre el hábito de fumar entre las mujeres embarazadas. En la República de Corea, el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de Corea realiza todos los años desde 2008 la Encuesta Nacional sobre Salud y Nutrición, que incluye información sobre consumo de tabaco. Sudáfrica también señaló que lleva a cabo investigaciones sobre consumo de tabaco a nivel nacional y regional de forma permanente.

**Intercambio de información de dominio público.** Más de la mitad de las Partes (76) indicó que promueve el intercambio de información científica, técnica, socioeconómica, comercial o jurídica; menos de la mitad de las Partes (52) y una cuarta parte de estas (30)



intercambian información relativa a las actividades de la industria tabacalera y al cultivo de tabaco, respectivamente. Un número reducido de Partes informó acerca de los progresos realizados recientemente. Italia y España indicaron que han colaborado en el marco de programas de investigación coordinados por la Unión Europea; concretamente, Italia se refirió a un programa de intercambio de información sobre el cultivo de tabaco en la Unión Europea. La República de Corea informó sobre la puesta en marcha de un sistema de información ubicado en Internet cuyo objeto es difundir información relacionada con el tabaco entre los profesionales de la salud y la población.

***Base de datos sobre las leyes y reglamentos relativos al control del tabaco.*** Alrededor de dos tercios de las Partes (89) indicaron que mantienen una base de datos con las leyes y los reglamentos nacionales sobre el control del tabaco, y algo más de la mitad de las Partes (69) indicó que la base de datos también contiene información sobre la aplicación de esas leyes y reglamentos.

En lo que respecta a los avances habidos más recientemente en ese ámbito, varias Partes (Australia, Canadá, Guatemala, Nueva Zelandia, Panamá, San Marino y Suecia) señalaron que han puesto a disposición del público las leyes, los reglamentos y la jurisprudencia pertinentes relacionadas con el tabaco, mediante distintos mecanismos, como sitios web o bases de datos. En particular, Panamá indicó que mantiene una base de datos con legislación relacionada con el tabaco y otra con la jurisprudencia pertinente, y Guatemala, indicó que está creando una base de datos con legislación para el control del tabaco e información sobre su aplicación. El Canadá informó de un programa financiado con fondos públicos y ejecutado por una organización no gubernamental destinada a mantener un sitio web sobre las actividades judiciales pertinentes.

### ***Principales observaciones***

La tasa de aplicación de las medidas previstas en el artículo 20 es del 47%, lo que sitúa este artículo en el tramo medio en cuanto a su grado de aplicación (disposiciones que gozan de una tasa de aplicación situada entre el 40% y el 60%). No obstante, varias Partes afirmaron que habían fortalecido su capacidad de investigación y vigilancia, que incluye la realización de actividades de investigación destinadas a apoyar la formulación de políticas y la elaboración de programas de formación, así como el intercambio de información a nivel nacional e internacional.

Algunos de los principales obstáculos encontrados a la hora de aplicar este artículo son la reducida cantidad de investigaciones realizadas a nivel nacional (incluso en lo que respecta a información básica, como por ejemplo datos de prevalencia), la insuficiente capacidad nacional de investigación, vigilancia y evaluación, y la falta de fondos suficientes disponibles para esas labores. Muchas Partes aún no disponen de un sistema nacional establecido y en funcionamiento para la vigilancia epidemiológica de los patrones del consumo de tabaco y las consecuencias de este; además, hay una relativa falta de investigaciones específicas por sexos, así como de investigaciones sobre el tratamiento de la dependencia del tabaco.

Algunas medidas importantes que cabe adoptar para acelerar la aplicación del artículo 20 son: fortalecer la capacidad nacional de las Partes para recopilar datos relacionados con el consumo de tabaco (incluidos los relativos a la prevalencia, la exposición al humo de tabaco, la mortalidad y el efecto económico del consumo de tabaco), en función de los indicadores con relación a los que las Partes han de informar en el instrumento de presentación de informes del CMCT de la OMS; y desarrollar capacidad de investigación o fortalecerla, impartiendo formación y prestando apoyo a quienes se dedican a actividades de control del tabaco, entre otras cosas.

## Artículo 21 *Presentación de informes e intercambio de información*

En virtud del artículo 21 del Convenio, las Partes están obligadas a presentar a la Conferencia de las Partes, a través de la Secretaría, informes periódicos sobre la aplicación del Convenio. La Conferencia de las Partes determinará la frecuencia y el formato de dichos informes.

**Estado de la presentación de informes por las Partes.** Antes de 2011, cuando se produjo la transición al nuevo ciclo bienal uniforme, cada una de las Partes tenía que presentar sendos informes tras dos y cinco años a partir de la entrada en vigor del Convenio para esa Parte. A 31 de diciembre de 2010, 139 de las 160 Partes (87%) habían presentado su primer informe de aplicación (tras dos años), y 52 de 87 Partes (60%) habían presentado su segundo informe (tras cinco años). Ello se tradujo en una tasa general de presentación de informes del 73%. Cabe señalar, sin embargo, que solo alrededor de un 25% de las Partes que presentaron informes lo hicieron dentro del plazo que cada una de ellas tenía establecido.

En su cuarta reunión, celebrada en 2010, la Conferencia de las Partes revisó el ciclo de presentación de informes y lo vinculó a sus reuniones ordinarias. En el primer ciclo de presentación de informes nuevo, 126 de las 174 Partes (72%) que debían presentar su informe de aplicación lo hicieron. No obstante, si bien la tasa de presentación de informes se mantuvo más o menos igual, se observó una mejora considerable en la exhaustividad de los informes y en el cumplimiento por las Partes de los requisitos del instrumento de presentación de informes. En particular, las Partes proporcionaron más información en áreas tales como el costo social del consumo de tabaco, la mortalidad relacionada con el consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco; también se facilitaron más detalles en las preguntas abiertas y se aportaron más documentos para respaldar los informes.

En total, desde el inicio del primer periodo de presentación de informes, en febrero de 2007, y hasta principios de octubre de 2012, cuando terminó de elaborarse el presente documento, 159 de las 174 Partes (91%) habían enviado a la Secretaría al menos un informe sobre la aplicación. Quince Partes que debían haber presentado al menos un informe sobre la aplicación antes de septiembre de 2012 no habían presentado ningún informe. El estado de presentación de informes por las Partes a junio de 2012 figura en el anexo 1<sup>38</sup>, que incluye el número de informes presentados y las fechas de presentación.

**Asistencia prestada a las Partes en materia de presentación de informes y evolución del instrumento de presentación de informes.** Si bien las tasas generales de aplicación son comparables a las existentes con relación a la mayoría de los demás tratados, las cifras indican que la presentación de informes sigue siendo problemática para algunas Partes. El artículo 21.3 del Convenio dispone que la Conferencia de las Partes deberá considerar mecanismos para ayudar a las Partes que sean países en desarrollo o tengan economías en transición, a petición de esas Partes, a cumplir con las obligaciones estipuladas en el artículo 21.

La Secretaría ha aprovechado varias oportunidades para promover el sistema de presentación de informes del Convenio y capacitar a funcionarios encargados de la presentación de informes, mediante la celebración de sesiones de información sobre la aplicación del Convenio en el marco de reuniones mundiales y regionales y otras acciones. La Secretaría también ha creado un foro en Internet para analizar cuestiones relativas a la elaboración de informes y el intercambio de información. Además, al principio del ciclo de presentación de informes de 2012, se celebraron sesiones de formación por

<sup>38</sup> Véase también la información contenida en el sitio web del CMCT de la OMS en [http://www.who.int/fctc/reporting/reporting\\_timeintro/es/index.html](http://www.who.int/fctc/reporting/reporting_timeintro/es/index.html).



Internet en inglés, francés y español, con el fin de informar y capacitar mejor respecto de la presentación de informes con arreglo a lo previsto en el Convenio a los funcionarios interesados. La asistencia y las aclaraciones proporcionadas a un gran número de Partes favorecieron la presentación puntual de los informes y el cumplimiento de los requisitos de información. Por otro lado, tras la presentación de sus informes, la Secretaría ha proporcionado retroinformación a todas las contrapartes de las Partes, contribuyendo, aún más, a promover el entendimiento común de los conceptos sobre los que se informa.

El sistema de presentación de informes del Convenio ha evolucionado con el tiempo. El instrumento de presentación de informes permite a las Partes formular observaciones y hacer recomendaciones con respecto a la futura evolución del sistema de presentación de informes del Convenio. Las observaciones remitidas por varias Partes se utilizan para mejorar la facilidad de uso del sistema. La Secretaría tendrá en cuenta esas observaciones, junto con la experiencia y enseñanzas extraídas en el ciclo de presentación de informes de 2012, y propondrá modificaciones al sistema, con la orientación de la Conferencia de las Partes, según corresponda.

Cabe esperar que la elaboración del sistema de presentación de informes del Convenio siga evolucionando durante la quinta reunión de la Conferencia de las Partes, teniendo en cuenta el examen del informe de la Secretaría,<sup>39</sup> que incluye recomendaciones basadas en las principales medidas contenidas en las directrices, y la normalización de las definiciones y los indicadores, así como con el fin de facilitar los exámenes periódicos de los progresos realizados en la aplicación del Convenio Marco.<sup>40</sup>

---

<sup>39</sup> Documento FCTC/COP/5/14.

<sup>40</sup> Véase [http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop5/FCTC\\_COP5\\_14-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop5/FCTC_COP5_14-sp.pdf).



## Artículo 22 *Cooperación internacional*

El artículo 22, así como el artículo 26 del Convenio, exigen que las Partes cooperen directamente o por conducto de organismos internacionales competentes a fin de fortalecer su capacidad para cumplir las obligaciones dimanantes del Convenio, y para asegurar recursos financieros suficientes para llevar a cabo las actividades nacionales. El artículo 21.1 c) exige que las Partes informen acerca de cualquier ayuda financiera o técnica prestada o recibida para determinadas actividades de control del tabaco.

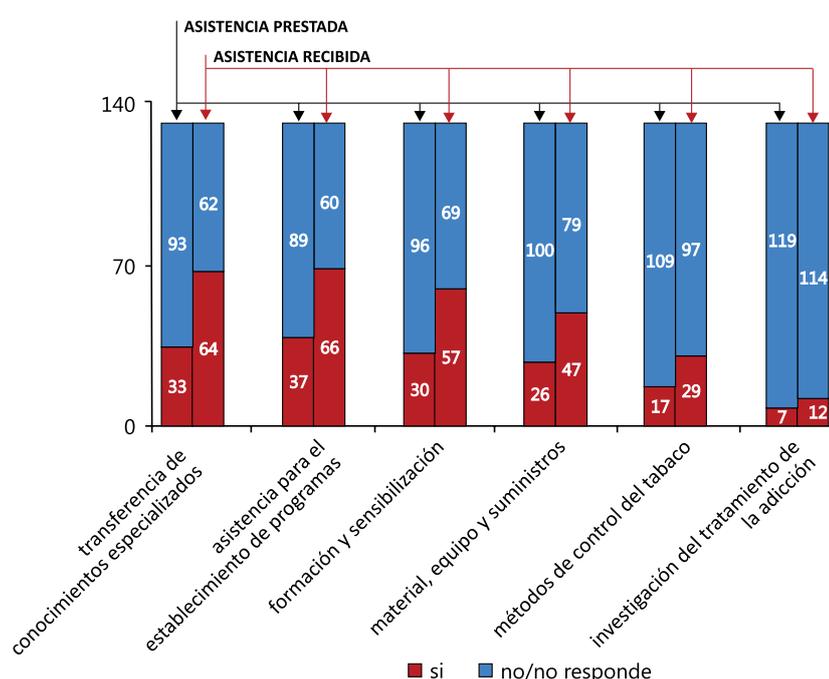
**Ámbitos de asistencia.** Se pidió a las Partes que proporcionaran información acerca de la asistencia técnica y financiera prestada o recibida en áreas específicas relacionadas con lo dispuesto en el artículo 22. Una media de aproximadamente 30 Partes indicaron que reciben o prestan asistencia en las áreas definidas con arreglo a los artículos 22.1 a), b), c) y d). Las áreas mencionadas con menor frecuencia son las contempladas en los artículos 22.1 e) y f), que se refieren al tratamiento de la adicción a la nicotina y a la investigación encaminada a mejorar la asequibilidad del tratamiento integral de dicha adicción (véase la Figura 27). Además, prácticamente el 25% de las Partes (30) proporcionó información sobre la asistencia técnica y financiera que podría estar estudiándose.

El 75% de las Partes (95) incluyó datos adicionales relativos a la asistencia prestada o recibida, tales como nombres de los países o de las organizaciones de las que recibió o a las que prestó asistencia.

En concreto, 17 Partes (Antigua y Barbuda, Australia, Bélgica, Canadá, España, Finlandia, Francia, Irlanda, Kazajstán, Malasia, Nueva Zelandia, Países Bajos, Panamá, Suecia, República de Corea, Serbia y Turquía) indicaron que han *prestado asistencia* a otras Partes para la aplicación del Convenio.

Casi dos tercios de las Partes (78) citaron en sus informes a las Partes y organizaciones internacionales de las que han *recibido asistencia*; se hizo referencia, como fuente de asistencia, a la OMS, incluida la Sede, las oficinas regionales y las oficinas en los países; a 13 gobiernos, tres organizaciones intergubernamentales, 24 organizaciones

**Figura 27.** Porcentaje de Partes que han informado sobre la asistencia prestada o recibida por áreas de asistencia





no gubernamentales, cuatro organizaciones de integración regional y a otras tres organizaciones.

Las áreas de asistencia incluyen las siguientes: elaboración de legislación nacional y planes de acción; formulación de políticas destinadas a promover los espacios sin humo, políticas fiscales y otras políticas de control del tabaco; reglamentación de los productos de tabaco y análisis de estos; desarrollo de capacidad y formación; empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco, incluida la concesión de licencias; educación, comunicación y campañas de concienciación del público; dependencia y abandono del tabaco; investigación, vigilancia e intercambio de información; competencias profesionales, conocimientos, equipos y apoyo financiero dedicados a los programas de control del tabaco; apoyo prestado con el fin de poder asistir a conferencias internacionales como la Conferencia de las Partes y las reuniones de sus órganos subsidiarios, y realización de evaluaciones de las necesidades.

***Alentar la prestación de asistencia a la aplicación como miembro de organizaciones internacionales.*** Además del artículo 22, el artículo 26.4 insta a las Partes a que animen a las organizaciones internacionales de las que son miembro a que presten asistencia a las Partes para que cumplan con las obligaciones contraídas en virtud del Convenio. Únicamente 16 Partes (Afganistán, Australia, Bahamas, Botswana, Brasil, Canadá, Costa Rica, España, Estados Federados de Micronesia, Guatemala, Islas Cook, Namibia, Panamá, Surinam, Serbia y Swazilandia) indicaron que utilizan este mecanismo, y todas ellas dieron detalles acerca de esas actividades.

Por ejemplo, Australia y España señalaron que promovieron la inclusión del Convenio Marco en la reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. Serbia indicó que había promovido que se estudiase la posibilidad de incluir la financiación de los programas nacionales para el control del tabaco en el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. El Banco Mundial, mediante su proyecto de salud básica (II), prestó asistencia técnica a Bosnia y Herzegovina en la elaboración de su estrategia federal de control del tabaco 2003-2008. El Mercado Común del Sur (MERCOSUR), a través de su Comité Intergubernamental, promueve el intercambio de información y la cooperación técnica en el ámbito de la legislación sobre control del tabaco entre los países miembros.

### ***Principales observaciones***

La tasa media de aplicación de este artículo es del 19%, una de las más bajas a nivel mundial, teniendo en cuenta los indicadores relativos a la asistencia prestada. Si bien las tasas de respuesta a las preguntas sobre el artículo 22 del Convenio se han incrementado considerablemente entre los distintos periodos de presentación de informes, las Partes siguen informando más a menudo sobre la asistencia recibida que sobre la asistencia prestada.

En términos generales, un tercio de las Partes indicó que bien había recibido o había prestado asistencia con relación a cualquier actividad relacionada con el Convenio en las áreas establecidas en los artículos 22.1 a)-f); la mayor parte de la asistencia recibida o prestada se centra en la elaboración o fortalecimiento de estrategias, planes y programas nacionales de lucha contra el tabaco, mientras que el abandono del consumo de tabaco es el área que menos cooperación internacional recibe.

En ese contexto, algunas de las medidas importantes que cabría adoptar para agilizar la aplicación de este artículo son: fortalecer la cooperación internacional con el fin de facilitar el cumplimiento de diversas obligaciones previstas en el Convenio y seguir promoviendo la cooperación a través de los mecanismos internacionales, regionales y subregionales existentes, así como mediante el sistema de las Naciones Unidas.

## 4. PREVALENCIA DEL CONSUMO DE TABACO Y MORTALIDAD ASOCIADA A ESTE

### 4.1 Prevalencia

De los 126 informes recibidos, 112 (89%) contienen datos recientes sobre tabaquismo entre los adultos y los jóvenes. En el caso de los adultos, 107 de los 112 informes presentados también proporcionan datos desglosados por sexos. El grupo de edad sobre el que se informa con más frecuencia, en el caso de los jóvenes, es el de edades comprendidas entre los 13 y los 15 años (60 informes), lo que indica que hay un elevado número de Partes que aplica la Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes. Esos datos, junto con otros datos de prevalencia disponibles, han sido utilizados para calcular las tasas *medias ponderadas* de prevalencia.<sup>41</sup> Además, al final de esta sección se analizan los datos de *prevalencia reales* aportados por las Partes en lo que respecta a los cambios habidos en las distintas Partes a lo largo de los periodos de notificación.

Con el fin de calcular las *medias ponderadas*, los datos aportados por las Partes fueron cotejados con los documentos justificativos presentados, o bien directamente con la fuente de los datos citada. Los indicadores prevén dos categorías –adultos y jóvenes–, desglosados a su vez por sexo y por tipo de tabaco consumido (tabaco para fumar y tabaco sin humo).

#### *Consumo de tabaco por adultos*

**Tabaco para fumar.** En términos mundiales, la tasa media ponderada de prevalencia de tabaquismo entre la población adulta estimada para el año 2010 muestra que actualmente un 36% de los hombres y un 7% de las mujeres son fumadores (véase el Cuadro 5).

Las tasas de fumadores *actuales* entre los hombres varían entre los *grupos regionales de Partes* y oscilan entre el 18% en la Región de África de la OMS y el 48% en la Región del Pacífico Occidental. En el caso de las mujeres, las tasas oscilan entre el 3% de las Regiones de África, Asia Sudoriental y el Mediterráneo Oriental, y el 19% de la Región de Europa. La mayor diferencia por sexos se observó en las Regiones del Mediterráneo Oriental y

**Cuadro 5.** Medias regionales estimadas de prevalencia del hábito de fumar y del consumo de tabaco sin humo entre adultos (%)

Región de la OMS	Hombres			Mujeres		
	Fumadores actuales	Fumadores diarios	Consumidores actuales de tabaco sin humo	Fumadoras actuales	Fumadoras diarias	Consumidoras actuales de tabaco sin humo
África	18	12	9	3	2	2
Américas	26	15	1	13	8	0
Asia Sudoriental	28	17	36	3	2	10
Europa	41	36	3	19	16	5
Mediterráneo Oriental	35	27	11	3	2	4
Pacífico Occidental	48	42	1	4	3	2
<b>Mundial</b>	<b>36</b>	<b>29</b>	<b>23</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>7</b>

<sup>41</sup> Trabajo realizado por la Iniciativa OMS Liberarse del Tabaco, que amablemente ofreció esas estimaciones a la Secretaría del Convenio.

el Pacífico Occidental, donde hay 12 veces más hombres que son fumadores actuales que mujeres. La menor diferencia se registró en la Región de las Américas, donde el número de hombres que son fumadores actuales es el doble que el de mujeres que son fumadoras actuales.

En el caso de los fumadores *diarios*, las tasas medias de prevalencia en los varones oscilan entre el 12% en la Región de África y el 42% en la Región del Pacífico Occidental. Las tasas de prevalencia en las mujeres oscilan entre el 2% de las Regiones de África, Asia Sudoriental y el Mediterráneo Oriental y el 16% en la Región de Europa.

También se halló que las tasas medias de prevalencia varían según el grupo de ingresos al que pertenece el país (véase el Cuadro 6). Las Partes de países de ingresos medios presentaron las mayores tasas medias de consumo de tabaco actual entre los varones, si bien las tasas medias de consumo de tabaco diario de ese mismo grupo de población son similares en las Partes de ingresos medios y de ingresos altos. En el caso de los hombres, los países de ingresos bajos no están muy por detrás de la tasa media mundial de consumo, tanto si se trata de fumadores actuales como diarios. Entre las mujeres, las tasas medias de consumo de tabaco para fumar son varias veces más elevadas en los países de ingresos altos, que en los países de ingresos medios y bajos.

**Tabaco sin humo.** Cuarenta y cuatro Partes (35%) proporcionaron datos sobre el consumo de productos de tabaco sin humo a partir de encuestas realizadas entre 2003 y 2011. Algunas de las Partes que no facilitaron información sobre el consumo de tabaco sin humo, señalaron que la venta de tabaco sin humo está prohibida por ley en su jurisdicción, mientras que otras indicaron que aún no han recogido datos sobre el consumo de tabaco sin humo.

Las tasas medias ponderadas de prevalencia calculadas a partir de los datos presentados por las Partes indican que, a nivel mundial, el 23% de los hombres y el 7% de las mujeres consumen actualmente tabaco sin humo (véase el Cuadro 5). En cuanto al número de consumidores actuales de tabaco sin humo, las tasas medias de prevalencia en los hombres oscilan entre el 1% en la Región de las Américas y la Región del Pacífico Occidental, al 36% en la Región de Asia Sudoriental; en el caso de las mujeres las tasas oscilan entre cerca del 0% en la Región de las Américas hasta un elevado 10% en la Región de Asia Sudoriental.

### Consumo de tabaco por jóvenes

**Tabaco para fumar.** En términos de medias ponderadas, a nivel mundial, el porcentaje de chicos que fuma (16%) es casi tres veces superior al de las chicas (6%). Las variaciones intrarregionales entre los chicos y las chicas son más altas en la Región del Pacífico

**Cuadro 6:** Medias estimadas de la prevalencia del tabaquismo entre adultos, en función del grupo de ingresos del país (%)

Grupo de ingresos del país	Hombres		Mujeres	
	Fumadores actuales	Fumadores diarios	Fumadoras actuales	Fumadoras diarias
Ingresos bajos	31	22	4	2
Ingresos medianos	37	29	5	4
Ingresos altos	35	30	17	14
<b>Mundial</b>	<b>36</b>	<b>29</b>	<b>7</b>	<b>5</b>

Occidental, donde los chicos (18%) fuman cuatro veces más que las chicas (4%), mientras que la diferencia es de menos del doble en la Región de las Américas y la Región Europea.

**Tabaco sin humo.** A nivel mundial la media ponderada calculada para los chicos y las chicas indica que el 8% de los varones y el 6% de las chicas consumen tabaco sin humo. En el caso de las chicas, el porcentaje más elevado (17%) se encuentra en la Región del Pacífico Occidental y el más bajo (2%) en la Región de Europa. Es preciso recabar información de más países con el fin de trazar un panorama completo de los promedios y las tendencias mundiales y regionales.

### **Consumo de tabaco por grupos étnicos<sup>42</sup>**

Veintiséis de las 126 Partes notificantes presentaron datos sobre el consumo de tabaco por grupos étnicos. Los datos de esa sección no son suficientes para extraer conclusiones basadas en comparaciones entre las tasas de prevalencia de los grupos étnicos. En Australia y Nueva Zelandia, la prevalencia del consumo de tabaco entre la población indígena es superior a la media del país, mientras que en tres Partes de América del Sur (Ecuador, Guatemala y Paraguay), las poblaciones indígenas tienden a fumar menos que la media del país. Varias Partes notificaron diferentes niveles de consumo de tabaco entre las distintas nacionalidades que viven en su territorio. Benin y el Togo indicaron que hay diferencias significativas (entre el 2% y el 54%, y entre el 3% y el 14%, respectivamente) en el consumo de tabaco entre los grupos étnicos. Palau también señaló que en su país hay diferencias similares. Las variaciones observadas en el consumo de tabaco entre distintos grupos étnicos requieren estrategias específicas para cada grupo.

### **Cambios en el consumo de tabaco entre los dos periodos de presentación de informes**

**Tabaco para fumar.** Los cambios en la prevalencia del consumo de tabaco entre la población adulta fueron evaluados comparando las cifras aportadas por las Partes respecto de las que se dispone de más de un conjunto de datos de los dos periodos de presentación de informes, siempre que se haya utilizado la misma

### **DATOS SOBRE LOS PRODUCTOS DE TABACO SIN HUMO CONTENIDOS EN LOS INFORMES DE LAS PARTES<sup>1</sup>**

Teniendo en cuenta que el porcentaje correspondiente al consumo de tabaco sin humo es cada vez mayor en el consumo total de productos de tabaco y su impacto negativo en la salud de la sociedad, la necesidad de llevar a cabo estudios de investigación, recoger datos con regularidad e intercambiar información relativa al tabaco sin humo reviste especial importancia. En el instrumento de presentación de informes, las Partes deben facilitar datos en materia de prevalencia del consumo de tabaco sin humo, suministro legal, decomisos, fiscalidad y precios de los productos de tabaco sin humo. Dos tercios de las Partes (84) que presentaron su informe en el ciclo de presentación de informes de 2012 incluyeron datos sobre tabaco sin humo, si bien la exhaustividad de la información aportada varía enormemente. Argelia y el Canadá informaron acerca de las cinco áreas; varias Partes (Bangladesh, Estados Federados de Micronesia, Nepal, Noruega, Omán, Swazilandia, Suecia, Reino Unido y Yemen) facilitaron información sobre cuatro de las cinco áreas. Los datos sobre la prevalencia del consumo de tabaco sin humo figuran en el texto del informe. Más adelante se presenta un breve resumen de otros datos.

Veintitrés Partes informaron sobre el *suministro lícito* de productos de tabaco sin humo, incluida la producción local y las importaciones, y 10 Partes proporcionaron información sobre decomisos. Por ejemplo, Francia indicó que el porcentaje correspondiente a la venta de tabaco sin humo en el mercado del tabaco de su país es del 0,51% y Suecia señaló que el volumen de snus decomisado comercializado de forma ilegal se había multiplicado por tres entre 2007 y 2011.

Treinta y cuatro Partes informaron sobre los tipos impositivos aplicados a los productos de tabaco sin humo y 23 Partes aportaron datos sobre precios. En términos generales, los productos de tabaco sin humo están gravados con tipos más bajos que los productos de tabaco para fumar. Así por ejemplo, en el Afganistán los derechos de importación aplicados al rape ascienden a la mitad del nivel que se aplica a los productos de tabaco para fumar. En Noruega, los tipos impositivos aplicados al tabaco sin humo son inferiores a los que se aplican a los demás productos de tabaco, incluido el tabaco de pipa. En el Reino Unido, el tabaco sin humo se grava con el mismo tipo que el tabaco de pipa, pero se aplica un tipo inferior que a los cigarrillos. En Panamá, los productos de tabaco sin humo únicamente están sujetos al denominado impuesto selectivo al consumo (como otros productos de tabaco) a partir de 2009. Varias Partes (Noruega, Serbia, Singapur, Suecia y Reino Unido) informaron de los recientes aumentos en los impuestos aplicados a los productos de tabaco sin humo. En Singapur, los tipos impositivos aplicados a estos productos son los mismos que el que se aplica a los cigarrillos y cigarros, y al tabaco de pipa.

<sup>42</sup> El instrumento de presentación de informes no proporciona ninguna definición concreta de lo que se entiende por grupo étnico, dejando la decisión relativa a qué grupos incluir abierta a la interpretación de las Partes. En algunos casos, las Partes han definido la información relativa a la prevalencia del consumo de tabaco entre las poblaciones indígenas, mientras que en otros casos la nacionalidad, el país de origen, el lugar de residencia o el lugar de nacimiento se han utilizado como indicador de pertenencia a un grupo étnico.

metodología para recopilar los datos en los dos periodos de presentación de informes, y que los últimos datos hayan sido recogidos en 2010 o con posterioridad. Se determinó que había 25 Partes de las que se disponía de dos conjuntos de datos. Las cifras indican que el consumo de tabaco ha disminuido en los últimos años en 18<sup>43</sup> de esas 25 Partes, con descensos que van desde 0,40 puntos porcentuales (República de Corea) a 12,3 puntos porcentuales (Ucrania) en lo que respecta a la prevalencia total entre la población adulta. En seis Partes, la prevalencia ha aumentado, con cambios que oscilan entre los 0,37 puntos porcentuales y los 5,80 puntos porcentuales. En la mayoría de las Partes, las cifras de prevalencia han evolucionado en la misma dirección en el caso de los hombres y en el de las mujeres. En una de las Partes, las cifras indican que no ha habido cambios en los últimos años.

En 15<sup>44</sup> de las 24 Partes que han aportado dos grupos de datos comparables, se llevó a cabo un ejercicio similar<sup>45</sup> que puso de manifiesto que la prevalencia total del consumo

de tabaco para fumar entre los jóvenes disminuyó entre 0,50 puntos porcentuales (Australia y Ucrania) y 4,00 puntos porcentuales (Eslovenia). Ahora bien, en ocho Partes, se observó un aumento que oscila entre 0,90 puntos porcentuales y 6,80 puntos porcentuales. Los datos ponen de relieve que la dirección de los cambios en la prevalencia ha seguido trayectorias más divergentes entre los chicos y las chicas, que entre los hombres y las mujeres. En una de las Partes, las cifras aportadas indican que, en los últimos años no ha habido ningún cambio en el consumo total de cigarrillos entre los jóvenes. Los datos completos sobre la prevalencia del consumo de tabaco, según la información aportada por las partes, pueden consultarse en un cuadro elaborado por la Secretaría en: [http://www.who.int/fctc/reporting/summary\\_analysis/es/index.html](http://www.who.int/fctc/reporting/summary_analysis/es/index.html)

**Tabaco sin humo.** Algunas de las Partes formularon observaciones relativas a la evolución del consumo de tabaco sin humo. Por ejemplo, Dinamarca indicó que el consumo de rape y de tabaco de mascar es cada vez más frecuente entre la población más joven, mientras que hace unos años era más común entre la población masculina adulta. En Finlandia y Suecia, el consumo de snus o rape húmedo se mantuvo relativamente estable entre 2005-2010 y 2009-2011. En Islandia, las tasas de consumo de tabaco tradicional para inhalar (la única forma de

### **DATOS SOBRE LOS PRODUCTOS DE TABACO SIN HUMO CONTENIDOS EN LOS INFORMES DE LAS PARTES (continuación)**

Además de los datos que se piden en el instrumento de presentación de informes, algunas Partes proporcionaron detalles relativos a su *legislación, reglamentos y políticas* sobre productos de tabaco sin humo. Por ejemplo, en Brunei Darussalam la importación y la venta de estos productos quedaron prohibidas por un decreto contra el tabaco en 2007. La venta de productos de tabaco sin humo no es legal en Australia y Nueva Zelanda desde 1990. Algunas Partes se refirieron a la prohibición de cualquier producto de tabaco de uso oral, a excepción de los productos de tabaco para mascar, que afecta a 26 Estados miembros de la Unión Europea (a Suecia se le concedió una exención de la prohibición que quedó contemplada en su tratado de adhesión cuando entró en la Unión Europea en 1995). En Malta los productos de tabaco sin humo están prohibidos desde 1988. Otras Partes indicaron que, si bien no existe una prohibición oficial que afecte al consumo de productos de tabaco sin humo, este es muy limitado.

Tres Partes informaron acerca de estudios de investigación sobre productos de tabaco sin humo recientemente concluidos o en curso. En Australia, el Gobierno ha encargado un estudio sobre las opciones para aumentar la regulación de los sistemas electrónicos de administración de nicotina y los productos de tabaco sin humo. Islandia señaló que había realizado una encuesta sobre consumo de tabaco sin humo que finalizó en junio de 2011 y que está llevando a cabo un proyecto dirigido a los jóvenes cuyo objetivo es sensibilizar acerca de las consecuencias negativas del consumo de los productos de tabaco sin humo. El Nepal indicó que había concluido un proyecto de investigación sobre productos de tabaco para fumar y productos de tabaco sin humo en 2011.

En resumen, si bien algunas Partes han aportado información de calidad con relación al consumo de tabaco sin humo y su fiscalización, es necesario seguir mejorando la recopilación de datos y la presentación de información en esa área. El intercambio de información entre las Partes sobre tabaco sin humo en el marco del actual instrumento de presentación de informes del Convenio Marco también sería de utilidad. Por otro lado, si la Conferencia de las Partes así lo decide, el instrumento podría perfeccionarse, con el fin de estructurar mejor la información aportada sobre consumo de tabaco sin humo.

<sup>43</sup> Alemania, Australia, Canadá, Chile, Dinamarca, Estonia, Finlandia, Islandia, Israel, Italia, Nueva Zelanda, Noruega, Países Bajos, Panamá, República de Corea, Suecia, Turquía y Ucrania.

<sup>44</sup> Belarús, Bhután, Congo, Eslovenia, España, Finlandia, Guyana, Japón, Jordania, Kuwait, Noruega, Nueva Zelanda, Reino Unido, Singapur y Ucrania.

<sup>45</sup> Únicamente se han incluido en el análisis las Partes cuyos datos más recientes fueron recopilados en 2009 o con posterioridad.



tabaco sin humo que puede adquirirse de forma legal) han aumentado entre los jóvenes. En Noruega, la prevalencia del consumo de snus/rape húmedo ha aumentado en un punto porcentual en los últimos dos años, siendo el este incremento más pronunciado en los hombres que en las mujeres, y sobre todo entre la población más joven (16-24 y 25-34 años). En cambio, el Paraguay registró una ligera disminución en el consumo de tabaco sin humo entre los jóvenes. En Sudáfrica, las tasas de prevalencia del consumo de tabaco oral y rape para inhalar se triplicaron entre 1998 y 2003 entre los hombres, y se multiplicaron por cinco entre la población de edades comprendidas entre los 15 y los 24 años. Al mismo tiempo, las tasas generales relativas a las mujeres no han experimentado cambios, si bien el consumo de productos de tabaco sin humo ha aumentado entre quienes tienen 35 años o más.

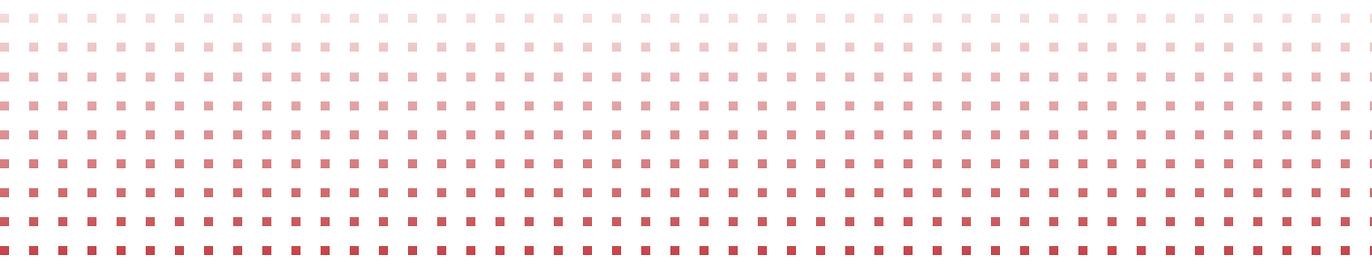
## 4.2 Mortalidad asociada al consumo de tabaco

Más de un tercio de las Partes (50) informó sobre la mortalidad asociada al consumo de tabaco, frente a únicamente 15 Partes que lo hicieron en 2010. Las cifras registradas muestran grandes variaciones en función del tamaño del país. Las cifras más elevadas fueron aportadas por las Partes con poblaciones grandes, como China, con 1,2 millones de muertes asociadas al consumo de tabaco, y la Federación de Rusia, que notificó 278 000 defunciones. En cambio, Malta únicamente registro 317 muertes asociadas al consumo de tabaco y el Paraguay notificó 730 defunciones.

De las 15 Partes que aportaron datos sobre las cifras de mortalidad en ambos periodos de presentación de informes, únicamente dos tenían datos comparables, que, en ambos casos, muestran una disminución de la mortalidad asociada al consumo de tabaco. Así, Noruega registró un descenso en el número de defunciones asociadas al consumo de tabaco, que pasó de 6 698 (en 2003) a 5 100 (en 2009). En los Países Bajos el número de muertes registradas también disminuyó, y pasó de 19 522 (en 2008) a 19 246 (en 2009).

El número de Partes de las que se tiene datos sobre mortalidad aumentó entre los dos periodos de presentación de informes, y pasó de las 15 Partes que presentaron datos de este tipo en 2007-2010 a las 50 Partes mencionadas en el presente informe. De las 50 Partes que incluyeron datos relativos a la mortalidad asociada al consumo de tabaco, 31 recopilaron sus datos a partir de estudios locales; en 14 casos las Partes se refirieron a artículos de publicaciones académicas, y en cinco casos, las Partes proporcionaron estimaciones sobre mortalidad que les había facilitado la OMS.

Hay que mejorar las investigaciones relacionadas con la evolución y las características de la morbilidad y la mortalidad asociada al consumo de tabaco en muchas Partes. Las metodologías utilizadas en diversos estudios deben armonizarse con el fin de garantizar que el seguimiento de los datos sobre morbilidad y mortalidad ofrece una base sólida que permita fortalecer la aplicación del Convenio.



## 5. PRIORIDADES Y OBSTÁCULOS EN LA APLICACIÓN DEL CONVENIO

**Prioridades.** Más del 90% de las Partes (116) indicó al menos una prioridad a la hora de aplicar el Convenio Marco. En consonancia con las tendencias anteriores, las obligaciones previstas en el artículo 5 siguen estando entre las prioridades más importantes para las Partes, y más de la mitad de estas informaron acerca de prioridades en el ámbito de ese artículo.

Entre las prioridades más citadas con relación al artículo 5 figuran: la adopción y aplicación de la legislación, incluida la elaboración de los reglamentos correspondientes; la formulación de estrategias y planes de acción nacionales de control del tabaco; la aplicación de la legislación en vigor; el fortalecimiento de capacidad para el control del tabaco, incluido el robustecimiento de los centros de coordinación o de la unidad de lucha contra el tabaco; y el establecimiento de un comité intersectorial para el control del tabaco.

Además, nueve Partes (Brasil, Chad, Ecuador, Fiji, Francia, Malasia, Filipinas, República Democrática Popular Lao y Singapur) indicaron que consideran que impedir la interferencia de la industria tabacalera (artículo 5.3) es prioritario.

Varias Partes destacaron la importancia de la cooperación intersectorial en la aplicación del Convenio e indicaron que consideran prioritario que haya una buena coordinación entre diferentes sectores. Así por ejemplo, el Brasil mencionó la necesidad de incorporar algunas de las obligaciones previstas en el Convenio en otras políticas nacionales sectoriales, tales como protección del consumidor, agricultura, mujeres y medio ambiente, así como dedicar una parte del presupuesto de cada ministerio competente a la lucha antitabáquica. Singapur señaló que considera la aplicación del tratado de un modo integral y su objetivo es garantizar que todas las obligaciones contenidas en el Convenio se cumplan. Sin embargo, varias Partes no solo indicaron que consideraban que la participación de sectores distintos al de la salud era una prioridad importante, sino que alcanzar ese objetivo puede constituir un reto. Por ejemplo, Barbados indicó que la lucha contra el tabaco sigue estando impulsada en gran medida por el sector sanitario y que aún no se ha logrado el compromiso y la contribución reales de otros sectores.

Muchas Partes también se refirieron a la priorización de actividades relacionadas con otros artículos del Convenio. Las áreas prioritarias más frecuentemente citadas son: la protección contra la exposición al humo de tabaco (artículo 8), la educación, comunicación, formación y concientización del público (artículo 12); la tributación fiscal de los productos de tabaco (artículo 6); el empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco (artículo 11); el tratamiento de la dependencia y el



Advertencia gráfica de Mauricio.  
Fotografía cortesía del Ministerio de Salud y Calidad de Vida de Mauricio.



abandono del tabaco (artículo 14); y la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco (artículo 13).

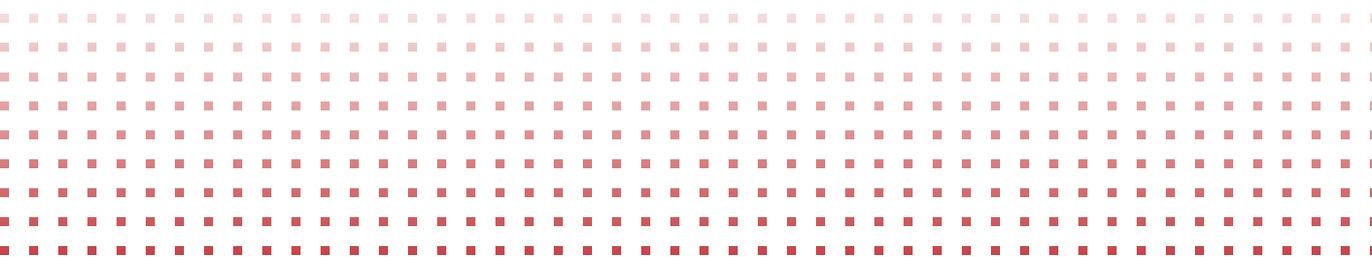
**Necesidades y deficiencias.** Más de la mitad de las Partes (67) indicó que había encontrado desfases entre los recursos disponibles y las necesidades definidas. La mayoría de las Partes señaló que los recursos técnicos y financieros dedicados a la lucha contra el tabaco no se ajustan a las necesidades existentes. Entre las áreas técnicas que requieren mayor atención por las Partes, estas mencionaron las siguientes:

- la realización de más campañas de sensibilización pública y programas de formación (en relación con el artículo 12 del Convenio);
- el fortalecimiento de los programas para el abandono del tabaco (artículo 14);
- la realización de pruebas del contenido de los productos de tabaco y la reglamentación de este (artículo 9);
- el fortalecimiento de la capacidad de investigación, incluida la investigación de la prevalencia del consumo de tabaco y de los indicadores sanitarios, sociales y económicos relacionados con este (artículo 20);
- medidas para prevenir el comercio ilícito de productos de tabaco (artículo 15).

Varias Partes indicaron específicamente que necesitan fortalecer aún más su capacidad y sus programas de investigación, incluida la investigación sobre la prevalencia y los indicadores sanitarios, sociales y económicos relacionados con el consumo de tabaco. Además, Bhután, Guyana y las Islas Salomón hicieron hincapié en la necesidad de llevar a cabo un estudio sobre el impacto económico del tabaco en la sociedad, mientras que Sudáfrica señaló que es necesario realizar investigaciones en materia de comercio ilícito de productos de tabaco.

**Limitaciones y obstáculos.** Setenta y dos Partes mencionaron más de 30 limitaciones u obstáculos diferentes que han encontrado a la hora de aplicar el Convenio. Las limitaciones más frecuentemente citadas son las siguientes:

- la interferencia de la industria tabacalera en la elaboración de políticas para el control del tabaco;
- la falta o la insuficiencia de voluntad política;
- la escasez de recursos financieros para el control del tabaco; y
- la escasa o deficiente coordinación intersectorial en el país, en particular la falta de conocimiento, interés o compromiso de sectores distintos al de la salud con relación a la necesidad de poner en marcha intervenciones intersectoriales en la lucha antitabáquica.



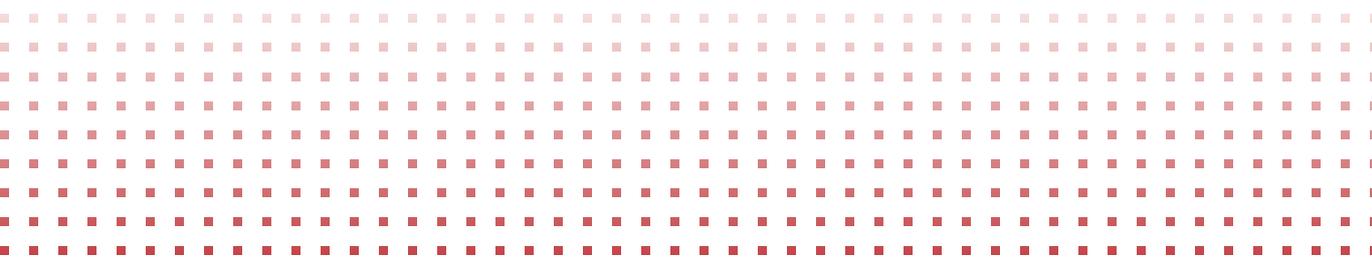
## 6. CONCLUSIONES

1. La transición al nuevo ciclo de presentación de informes vinculado a las reuniones ordinarias de la Conferencia de las Partes se ha producido sin mayores complicaciones, y el 72% de las Partes presentó su informe en el ciclo de 2012. En términos generales, la calidad de los informes ha mejorado y las Partes se ajustan más al instrumento de presentación de informes; la cantidad de información, en particular de documentos justificativos, ha experimentado un incremento notable, lo que contribuye a alcanzar el objetivo de las Partes de intercambiar información y aprender de la experiencia de los demás.
2. En cuanto a los progresos realizados en la aplicación del tratado a nivel mundial, las tasas de aplicación siguen mostrando disparidades entre las distintas medidas normativas. Según los informes de las Partes, las cuatro áreas con mayores tasas de aplicación son: la protección contra la exposición al humo de tabaco (artículo 8); la educación, la comunicación y la formación (artículo 12); las ventas a menores y por menores (artículo 16); y el empaquetado y etiquetado (artículo 11). En cambio, las tasas de aplicación más bajas se registran en las áreas relacionadas con la protección del medio ambiente y la salud de las personas en lo que respecta al cultivo de tabaco y la fabricación de productos de tabaco (artículo 18); la cooperación internacional y la prestación de asesoramiento especializado en la materia (artículo 22); la responsabilidad (artículo 19); y el apoyo a alternativas económicamente viables (artículo 17).
3. En lo tocante al cumplimiento de las obligaciones del Convenio sujetas a plazo, el panorama también es desigual. En relación con el artículo 11, más de la mitad de las Partes para las que ha vencido el plazo de tres años están muy cerca de cumplir plenamente con todas las medidas sujetas a plazo; ahora bien, únicamente el 20% de las Partes han indicado que cumplen plenamente con todas las medidas. En relación con el artículo 13, alrededor de dos tercios de las Partes que han llegado al final del plazo de cinco años indicaron que han implantado una prohibición total de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco; al mismo tiempo, menos de la mitad de las Partes incluye la publicidad, la promoción y el patrocinio transfronterizos en su prohibición.
4. Si se comparan los progresos realizados entre el primer periodo de presentación de informes (2007-2010) y el segundo (2012), las medidas relacionadas con la educación, la comunicación y la formación (artículo 12), la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco (artículo 13) y la protección contra la exposición al humo de tabaco (artículo 8), son las que han experimentado los cambios más positivos en lo que respecta a las tasas de aplicación. Otras áreas que también han experimentado un avance notable, si bien menor son: las ventas a menores y por menores (artículo 16); la investigación, la vigilancia y el intercambio de información (artículo 20); la prestación de asistencia a las Partes en materia de aplicación (artículo 22); y las medidas relativas a la dependencia del tabaco y al abandono de este (artículo 14).
5. Varias Partes informaron sobre la reciente adopción de medidas que constituyen logros importantes, y podrían estimular y acelerar la aplicación del Convenio a nivel internacional. Algunas de esas medidas son la prohibición del uso de aditivos en los productos de tabaco, la obligación de utilizar advertencias sanitarias grandes y visibles, el uso de un envasado sencillo, la prohibición total de la venta de productos de tabaco, y la declaración de la intención de convertirse en un país sin tabaco.
6. Las medidas relacionadas con la cooperación internacional y la asistencia mutua entre las Partes, donde, según los datos aportados por las Partes, las cifras generales



relativas a la aplicación no han experimentado ningún cambio a lo largo de los dos periodos de notificación, siguen estando infrautilizadas, y, por consiguiente, existe un gran margen de mejora.

7. Los datos comparables muestran una disminución continua o incipiente de la prevalencia de tabaquismo en varias Partes, particularmente entre aquellas que aplican políticas robustas de control del tabaco. No obstante, se necesitarán más datos comparables, en especial de los países de ingresos medianos y bajos, para poder llevar a cabo una evaluación general a este respecto, lo que indica la necesidad de mejorar la vigilancia y el seguimiento en la mayoría de las Partes.
8. Asimismo, se ha observado que cada vez aparecen más productos nuevos en el mercado, a menudo respaldados por estrategias de mercadotecnia eficaces. Los países que han aplicado políticas eficaces contra el tabaco para fumar e incluso han visto disminuir la prevalencia del consumo de este tipo de tabaco, se enfrentan ahora a la introducción en sus mercados de nuevos productos de tabaco sin humo. Será necesaria una acción internacional concertada para hacer frente a este problema de proporciones crecientes.
9. Más de la mitad de las Partes que presentaron su informe en el último periodo de notificación señalaron un número importante de limitaciones y obstáculos que impiden la plena aplicación del Convenio. La interferencia de la industria tabacalera, la falta del compromiso y movilización necesarios de todas las instancias normativas afectadas, y la falta de correspondencia entre el nivel de recursos financieros y las necesidades reales siguen planteando desafíos para la plena aplicación.



## ANEXO 1

### INFORMES RECIBIDOS DE LAS PARTES – SITUACIÓN A 15 DE JUNIO DE 2012

Partes	Informes presentados en el periodo inicial (2007-2011) de presentación de informes			Informe presentado en 2012 <sup>46</sup>
	Entrada en vigor	Primer (a los dos años) informe presentado	Segundo (a los cinco años) informe presentado	
Afganistán	11 nov. 2010	N.A.	N.A.	15 abr. 2012
Albania	25 jul. 2006	03 agt. 2008	–	29 abr. 2012
Alemania	16 mzo. 2005	25 jun. 2007	24 febr. 2010	25 abr. 2012
Angola	19 dic. 2007	–	–	–
Antigua y Barbuda	03 sept. 2006	3 sept. 2008	–	30 abr. 2012
Arabia Saudita	7 agt. 2005	28 oct. 2008	–	–
Argelia	28 sept. 2006	–	3 febr. 2011	30 abr. 2012
Armenia	27 febr. 2005	20 febr. 2007	30 jun. 2010	–
Australia	27 febr. 2005	28 febr. 2007	31 oct. 2010	30 abr. 2012
Austria	14 dic. 2005	12 dic. 2007	–	30 abr. 2012
Azerbaiyán	30 en. 2006	05 my. 2008	15 mzo. 2011	N.A.
Bahamas	1 febr. 2010	N.A.	N.A.	23 my. 2012
Bahrein	18 jun. 2007	20 jun. 2009	–	30 abr. 2012
Bangladesh	27 febr. 2005	27 febr. 2007	2 mzo. 2010	13 my. 2012
Barbados	1 febr. 2006	15 jul. 2008	–	30 abr. 2012
Belarús	7 dic. 2005	14 abr. 2010	7 dic. 2010	30 abr. 2012
Bélgica	30 en. 2006	6 nov. 2007	31 en. 2011	N.A.
Belize	15 mzo. 2006	9 abr. 2008	–	–
Benin	1 febr. 2006	–	22 febr. 2011	N.A.
Bhután	27 febr. 2005	27 febr. 2007	18 nov. 2010	30 abr. 2012
Bolivia (Estado Plurinacional de)	14 dic. 2005	–	–	6 my. 2012
Bosnia y Herzegovina	8 oct. 2009	–	N.A.	27 abr. 2012
Botswana	1 my. 2005	21 dic. 2007	–	30 abr. 2012
Brasil	1 febr. 2006	16 jun. 2008	9 agt. 2011	N.A.
Brunei Darussalam	27 febr. 2005	3 jul. 2007	1 mzo. 2010	30 mzo. 2012
Bulgaria	5 febr. 2006	1 abr. 2009	22 febr. 2011	N.A.
Burkina Faso	29 oct. 2006	23 febr. 2009	–	20 abr. 2012
Burundi	20 febr. 2006	27 en. 2009	–	–
Cabo Verde	2 en. 2006	–	–	–

N.A. = No aplicable  
 – = Informe no presentado

<sup>46</sup> De conformidad con la decisión FCTC/COP4(16), las Partes que presentaron su informe en 2011 en el marco del primer periodo de presentación de informes, no debían presentar un nuevo informe en 2012.

Partes	Informes presentados en el periodo inicial (2007-2011) de presentación de informes			Informe presentado en 2012 <sup>46</sup>
	Entrada en vigor	Primer (a los dos años) informe presentado	Segundo (a los cinco años) informe presentado	
Camboya	13 febr. 2006	23 sept. 2008	11 febr. 2011	N.A.
Camerún	4 my. 2006	8 nov. 2008	–	–
Canadá	27 febr. 2005	23 febr. 2007	10 mzo. 2010	28 febr. 2012
Chad	30 abr. 2006	8 sept. 2009	–	30 abr. 2012
Chile	11 sept. 2005	14 jul. 2008	–	28 my. 2012
China	9 en. 2006	14 abr. 2008	6 jul. 2011	N.A.
Chipre	24 en. 2006	25 jul. 2008	5 agt. 2011	N.A.
Colombia	9 jul. 2008	13 sept. 2010	N.A.	30 abr. 2012
Comoras	24 abr. 2006	12 my. 2009	22 abr. 2011	31 mzo. 2012
Congo	7 my. 2007	21 my. 2008	–	27 abr. 2012
Costa Rica	19 nov. 2008	29 mzo. 2011	N.A.	N.A.
Cote D'Ivoire	11 nov. 2010	N.A.	N.A.	–
Croacia	12 oct. 2008	11 en. 2011	N.A.	N.A.
Dinamarca	16 mzo. 2005	1 abr. 2008	13 jul. 2010	30 abr. 2012
Djibouti	29 oct. 2005	5 agt. 2009	–	30 abr. 2012
Dominica	22 oct. 2006	–	–	–
Ecuador	23 oct. 2006	12 nov. 2008	–	28 abr. 2012
Egipto	26 my. 2005	22 abr. 2009	16 agt. 2010	22 my. 2012
Emiratos Árabes Unidos	5 febr. 2006	27 en. 2009	–	20 mzo. 2012
Eslovaquia	27 febr. 2005	26 febr. 2007	5 mzo. 2010	–
Eslovenia	13 jun. 2005	4 nov. 2008	29 jun. 2010	26 abr. 2012
España	11 abr. 2005	13 jun. 2007	26 oct. 2010	2 abr. 2012
Estonia	25 oct. 2005	2 my. 2007	–	27 abr. 2012
Ex República Yugoslava de Macedonia	28 sept. 2006	–	–	–
Federación de Rusia	1 sept. 2008	28 oct. 2010	N.A.	5 abr. 2012
Fiji	27 febr. 2005	02 my. 2007	–	4 abr. 2012
Filipinas	4 sept. 2005	4 sept. 2008	3 oct. 2011	N.A.
Finlandia	24 abr. 2005	04 jul. 2007	23 abr. 2010	19 abr. 2012
Francia	27 febr. 2005	14 jun. 2007	8 jul. 2010	31 my. 2012
Gabón	21 my. 2009	–	N.A.	22 abr. 2012
Gambia	17 dic. 2007	21 dic. 2009	N.A.	4 my. 2012
Georgia	15 my. 2006	23 my. 2008	–	10 febr. 2012
Ghana	27 febr. 2005	28 febr. 2007	18 abr. 2010	4 jun. 2012

Partes	Informes presentados en el periodo inicial (2007-2011) de presentación de informes			Informe presentado en 2012 <sup>46</sup>
	Entrada en vigor	Primer (a los dos años) informe presentado	Segundo (a los cinco años) informe presentado	
Granada	12 nov. 2007	–	–	–
Grecia	27 abr. 2006	7 oct. 2008	–	30 my. 2012
Guatemala	14 febr. 2006	9 abr. 2008	–	22 mzo. 2012
Guinea	5 febr. 2008	–	–	–
Guinea Ecuatorial	16 dic. 2005	–	–	–
Guinea-Bissau	5 febr. 2009	–	–	–
Guyana	14 dic. 2005	12 dic. 2007	12 en. 2011	N.A.
Honduras	17 my. 2005	17 my. 2007	8 abr. 2011	N.A.
Hungría	27 febr. 2005	19 mzo. 2007	19 febr. 2010	27 abr. 2012
India	27 febr. 2005	28 febr. 2007	11 jun. 2010	–
Irán (República Islámica del)	4 febr. 2006	21 abr. 2007	–	–
Iraq	15 jun. 2008	13 jun. 2010	–	1 my. 2012
Irlanda	5 febr. 2006	18 jul. 2008	24 mzo. 2011	N.A.
Islandia	27 febr. 2005	30 oct. 2009	–	15 my. 2012
Islas Cook	27 febr. 2005	24 febr. 2007	23 mzo. 2010	3 febr. 2012
Islas Marshall	8 mzo. 2005	4 abr. 2007	24 mzo. 2010	–
Islas Salomón	27 febr. 2005	–	22 dic. 2011	N.A.
Israel	22 nov. 2005	15 jul. 2008	–	23 my. 2012
Italia	30 sept. 2008	4 oct. 2010	N.A.	27 abr. 2012
Jamaica	5 oct. 2005	18 jul. 2008	–	–
Japón	27 febr. 2005	27 febr. 2007	26 febr. 2010	27 abr. 2012
Jordania	27 febr. 2005	25 febr. 2007	25 febr. 2010	16 febr. 2012
Kazajstán	22 abr. 2007	8 my. 2009	–	17 abr. 2012
Kenya	27 febr. 2005	04 abr. 2007	10 sept. 2010	–
Kirguistán	23 agt. 2006	25 agt. 2008	–	2 abr. 2012
Kiribati	14 dic. 2005	–	–	–
Kuwait	10 agt. 2006	5 jun. 2008	30 jun. 2011	N.A.
Lesotho	14 abr. 2005	17 nov. 2008	13 my. 2010	3 my. 2012
Letonia	11 my. 2005	2 jul. 2007	31 mzo. 2010	28 febr. 2012
Líbano	7 mzo. 2006	19 agt. 2009	7 mzo. 2011	N.A.
Liberia	14 dic. 2009	–	–	–
Libia	5 sept. 2005	30 jun. 2009	–	5 abr. 2012
Lituania	16 mzo. 2005	16 en. 2009	21 abr. 2010	26 abr. 2012
Luxemburgo	28 sept. 2005	25 sept. 2007	12 nov. 2010	–

Partes	Informes presentados en el periodo inicial (2007-2011) de presentación de informes			Informe presentado en 2012 <sup>46</sup>
	Entrada en vigor	Primer (a los dos años) informe presentado	Segundo (a los cinco años) informe presentado	
Madagascar	27 febr. 2005	28 febr. 2007	19 en. 2012	9 febr. 2012
Malasia	15 dic. 2005	17 dic. 2007	17 dic. 2010	13 abr. 2012
Maldivas	27 febr. 2005	15 febr. 2007	–	–
Malí	17 en. 2006	17 mzo. 2009	–	13 abr. 2012
Malta	27 febr. 2005	18 my. 2007	20 en. 2011	N.A.
Mauricio	27 febr. 2005	27 febr. 2007	1 mzo. 2010	–
Mauritania	26 en. 2006	23 dic. 2009	–	–
México	27 febr. 2005	27 febr. 2007	23 jun. 2010	8 my. 2012
Micronesia (Estados Federados de)	16 jun. 2005	18 jun. 2007	29 sept. 2010	26 abr. 2012
Mongolia	27 febr. 2005	27 febr. 2007	18 en. 2011	8 jun. 2012
Montenegro	21 en. 2007	27 nov. 2008	28 nov. 2011	N.A.
Myanmar	27 febr. 2005	30 en. 2007	–	–
Namibia	5 febr. 2006	21 oct. 2008	6 oct. 2011	N.A.
Nauru	27 febr. 2005	24 my. 2007	–	–
Nepal	5 febr. 2007	27 febr. 2007	N.A.	5 abr. 2012
Nicaragua	8 jul. 2008	–	–	–
Níger	23 nov. 2005	28 en. 2009	–	13 abr. 2012
Nigeria	18 en. 2006	14 nov. 2008	–	–
Niue	1 sept. 2005	28 agt. 2008	11 nov. 2010	–
Noruega	27 febr. 2005	27 febr. 2007	22 mzo. 2010	24 abr. 2012
Nueva Zelandia	27 febr. 2005	28 febr. 2007	26 febr. 2010	1 jun. 2012
Omán	7 jun. 2005	27 jun. 2007	19 oct. 2010	30 abr. 2012
Países Bajos	27 abr. 2005	18 sept. 2008	27 abr. 2010	30 mzo. 2012
Pakistán	27 febr. 2005	16 febr. 2009	30 sept. 2010	–
Palau	27 febr. 2005	26 febr. 2007	12 mzo. 2010	1 my. 2012
Panamá	27 febr. 2005	21 jun. 2007	26 febr. 2010	16 abr. 2012
Papua Nueva Guinea	23 agt. 2008	30 jun. 2009	N.A.	–
Paraguay	25 dic. 2006	16 febr. 2009	–	26 abr. 2012
Perú	28 febr. 2005	03 my. 2007	–	28 mzo. 2012
Polonia	14 dic. 2006	8 jun. 2010	–	–
Portugal	6 febr. 2006	27 jun. 2008	29 abr. 2011	N.A.
Qatar	27 febr. 2005	27 febr. 2007	27 jul. 2010	19 mzo. 2012
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	16 mzo. 2005	27 febr. 2007	4 nov. 2010	30 abr. 2012

Partes	Informes presentados en el periodo inicial (2007-2011) de presentación de informes			Informe presentado en 2012 <sup>46</sup>
	Entrada en vigor	Primer (a los dos años) informe presentado	Segundo (a los cinco años) informe presentado	
República Árabe Siria	27 febr. 2005	25 febr. 2007	12 abr. 2010	–
República Centrafricana	5 febr. 2006	14 en. 2010	–	1 jun. 2012
República de Corea	14 agt. 2005	14 sept. 2007	–	28 febr. 2012
República de Moldova	4 my. 2009	–	N.A.	8 my. 2012
República Democrática del Congo	26 en. 2006	8 sept. 2009	–	–
República Democrática Popular Lao	5 dic. 2006	2 mzo. 2010	–	28 febr. 2012
República Popular Democrática de Corea	26 jul. 2005	–	–	2 abr. 2012
República Unida de Tanzania	29 jul. 2007	–	–	–
Rumania	27 abr. 2006	18 jun. 2008	–	–
Rwanda	17 en. 2006	1 sept. 2009	–	25 abr. 2012
Saint Kitts y Nevis	19 sept. 2011	N.A.	N.A.	25 my. 2012
Saint Lucia	5 febr. 2006	–	–	–
Samoa	1 febr. 2006	3 oct. 2008	–	–
San Marino	27 febr. 2005	3 my. 2010	25 febr. 2011	N.A.
San Vicente y las Granadinas	27 en. 2011	N.A.	N.A.	1 jun. 2012
Santo Tomé y Príncipe	11 jul. 2006	28 jul. 2010	–	25 my. 2012
Senegal	27 abr. 2005	27 abr. 2007	–	30 abr. 2012
Serbia	9 my. 2006	15 my. 2008	9 my. 2011	N.A.
Seychelles	27 febr. 2005	2 mzo. 2007	18 my. 2010	28 mzo. 2012
Sierra Leona	20 agt. 2009	–	N.A.	15 jun. 2012
Singapur	27 febr. 2005	11 abr. 2007	22 oct. 2010	11 my. 2012
Sri Lanka	27 febr. 2005	27 febr. 2007	16 abr. 2011	N.A.
Sudáfrica	18 jul. 2005	18 jul. 2008	14 dic. 2010	4 my. 2012
Sudán	29 en. 2006	28 en. 2008	–	27 my. 2012
Suecia	5 oct. 2005	27 febr. 2008	5 nov. 2010	13 abr. 2012
Suriname	16 mzo. 2009	–	N.A.	19 mzo. 2012
Swazilandia	13 abr. 2006	11 sept. 2009	–	12 mzo. 2012
Tailandia	27 febr. 2005	27 febr. 2007	29 mzo. 2010	–
Timor-Leste	22 mzo. 2005	16 febr. 2007	–	–
Togo	13 febr. 2006	–	24 febr. 2011	30 abr. 2012
Tonga	7 jul. 2005	30 jun. 2009	15 nov. 2011	N.A.

Partes	Informes presentados en el periodo inicial (2007-2011) de presentación de informes			Informe presentado en 2012 <sup>46</sup>
	Entrada en vigor	Primer (a los dos años) informe presentado	Segundo (a los cinco años) informe presentado	
Trinidad y Tabago	27 febr. 2005	10 abr. 2007	8 oct. 2010	4 my. 2012
Túnez	5 sept. 2010	N.A.	N.A.	30 abr. 2012
Turkmenistán	11 agt. 2011	N.A.	N.A.	–
Turquía	31 mzo. 2005	19 jun. 2007	31 mzo. 2010	27 abr. 2012
Tuvalu	25 dic. 2005	22 febr. 2010	–	7 jun. 2012
Ucrania	4 sept. 2006	29 sept. 2008	6 sept. 2011	N.A.
Uganda	18 sept. 2007	17 sept. 2009	–	–
Unión Europea	28 sept. 2005	21 dic. 2007	12 nov. 2010	–
Uruguay	27 febr. 2005	26 febr. 2007	28 my. 2010	–
Vanuatu	15 dic. 2005	–	–	27 abr. 2012
Venezuela (República Bolivariana de)	25 sept. 2006	31 mzo. 2009	–	–
Viet Nam	17 mzo. 2005	27 jun. 2007	6 sept. 2011	N.A.
Yemen	23 my. 2007	3 nov. 2009	N.A.	19 abr. 2012
Zambia	21 agt. 2008	–	N.A.	–

## ANEXO 2

### *LISTA DE INDICADORES DERIVADOS DEL INSTRUMENTO DE PRESENTACIÓN DE INFORMES UTILIZADO EN LA EVALUACIÓN DEL ESTADO DE APLICACIÓN ACTUAL*

#### Artículo 5

- formulación y aplicación de estrategias, planes y programas nacionales multisectoriales integrales de control del tabaco<sup>\*47</sup>
- existencia de un centro de coordinación para el control del tabaco<sup>\*48</sup>
- existencia de una unidad de control del tabaco
- existencia de un mecanismo coordinador nacional para el control del tabaco\*
- protección de las políticas de salud pública contra los intereses comerciales y otros intereses creados de la industria tabacalera\*
- facilitación del acceso del público a una amplia variedad de información sobre las actividades de la industria tabacalera<sup>\*49</sup>

#### Artículo 6

- aplicación de políticas tributarias para reducir el consumo de tabaco
- prohibición o restricción de la venta de productos de tabaco a los viajeros internacionales
- prohibición o restricción de la importación de productos de tabaco por los viajeros internacionales

#### Artículo 8

- prohibición de fumar tabaco en lugares de trabajo interiores, medios de transporte público y lugares públicos cerrados<sup>50</sup>
- exhaustividad de la protección en edificios públicos\*
- exhaustividad de la protección en establecimientos de atención sanitaria\*
- exhaustividad de la protección en establecimientos de enseñanza\*
- exhaustividad de la protección en universidades
- exhaustividad de la protección en lugares de trabajo privados\*
- exhaustividad de la protección en aviones
- exhaustividad de la protección en trenes
- exhaustividad de la protección en transporte público vial
- exhaustividad de la protección en embarcaciones
- exhaustividad de la protección en vehículos de motor utilizados como lugares de trabajo

<sup>47</sup> Los indicadores marcados con un asterisco son los 59 indicadores que también se utilizaron para el análisis comparativo, tal como se explica en la sección 2 del informe.

<sup>48</sup> Combinada con la existencia de un centro de coordinación nacional para el control del tabaco.

<sup>49</sup> Examinada en el marco del artículo 12 en el análisis de los progresos realizados entre los ciclos de presentación de informes.

<sup>50</sup> En el análisis de los progresos realizados entre los ciclos de presentación de informes se utilizaron tres indicadores adicionales, a saber: «protección frente al humo de tabaco en el ambiente de lugares de trabajo interiores», «protección frente al humo de tabaco en el ambiente de medios de transporte públicos» y «protección frente al humo de tabaco en el ambiente de lugares públicos cerrados».



- exhaustividad de la protección en vehículos privados
- exhaustividad de la protección en establecimientos culturales\*
- exhaustividad de la protección en centros comerciales
- exhaustividad de la protección en pubs y bares<sup>51</sup>
- exhaustividad de la protección en clubes nocturnos
- exhaustividad de la protección en restaurantes\*

#### **Artículo 9**

- exigencia del análisis y medición del contenido de los productos de tabaco\*
- exigencia del análisis y medición de las emisiones de los productos de tabaco\*
- exigencia de la reglamentación del contenido de los productos de tabaco\*
- exigencia de la reglamentación de las emisiones de los productos de tabaco\*

#### **Artículo 10**

- exigencia de la revelación de información a las autoridades gubernamentales del contenido de los productos de tabaco\*
- exigencia de la revelación de información a las autoridades gubernamentales de las emisiones de los productos de tabaco
- exigencia de la revelación al público de los componentes de los productos de tabaco
- exigencia de la revelación al público de las emisiones de los productos de tabaco

#### **Artículo 11**

- exigencia de que en el empaquetado de productos de tabaco no se haga ningún tipo de publicidad o promoción
- exigencia de descriptores que no induzcan a error\*
- exigencia de advertencias sanitarias\*
- exigencia de que las advertencias sanitarias estén aprobadas por la autoridad nacional competente\*
- exigencia de que las advertencias sanitarias sean rotativas\*
- exigencia de que las advertencias sanitarias sean grandes, claras, visibles y legibles\*
- exigencia de que las advertencias sanitarias ocupen no menos del 30% de las superficies principales expuestas\*
- exigencia de que las advertencias sanitarias ocupen el 50% o más de las superficies principales expuestas\*
- exigencia de que las advertencias sanitarias consistan en imágenes o pictogramas\*
- exigencia de que los paquetes contengan información sobre los componentes de los productos de tabaco y sus emisiones\*
- exigencia de que las advertencias figuren en el idioma o los idiomas principales del país\*

<sup>51</sup> Combinada con los clubes nocturnos en el análisis de los progresos realizados entre los dos ciclos de presentación de informes.



## Artículo 12

- ejecución de programas de educación y concientización del público\*
- participación de organismos públicos en los programas y estrategias\*
- participación de organizaciones no gubernamentales en los programas y estrategias
- participación de organizaciones privadas en los programas y estrategias
- existencia de programas guiados por la investigación
- ejecución de programas de formación dirigidos a los profesionales de la salud<sup>52</sup>
- ejecución de programas de formación dirigidos a los trabajadores de la comunidad
- ejecución de programas de formación dirigidos a los asistentes sociales
- ejecución de programas de formación dirigidos a los profesionales de la comunicación
- ejecución de programas de formación dirigidos a los educadores
- ejecución de programas de formación dirigidos a los decisores
- ejecución de programas de formación dirigidos a los administradores

## Artículo 13

- establecimiento de una prohibición total de toda forma de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco\*
- establecimiento de la prohibición de publicidad, promoción y patrocinio transfronterizos del tabaco que se originen en el territorio del país\*

## Artículo 14

- elaboración de directrices completas e integradas basadas en pruebas científicas
- realización de campañas por los medios de difusión para promover el abandono del tabaco
- ejecución de programas ideados para niñas y jóvenes mujeres menores de edad
- ejecución de programas ideados para mujeres
- ejecución de programas ideados para embarazadas
- introducción de servicios telefónicos de ayuda para el abandono del tabaco
- organización de eventos locales para promover el abandono del consumo de tabaco
- diseño de programas encaminados a promover el abandono del consumo de tabaco en instituciones docentes
- diseño de programas encaminados a promover el abandono del consumo de tabaco en unidades de salud
- diseño de programas encaminados a promover el abandono del consumo de tabaco en lugares de trabajo
- diseño de programas encaminados a promover el abandono del consumo de tabaco en entornos deportivos

<sup>52</sup> El indicador utilizado en el análisis de los progresos realizados se refiere a «Programas especiales de formación o sensibilización sobre el control del tabaco dirigidos a diferentes grupos».



- incorporación del diagnóstico y el tratamiento en los programas nacionales de control del tabaco
- incorporación del diagnóstico y el tratamiento en los programas nacionales de salud
- incorporación del diagnóstico y el tratamiento en los programas nacionales de educación
- incorporación del diagnóstico y el tratamiento en el sistema de atención de salud
- incorporación del tratamiento de la dependencia del tabaco en los programas de estudios de las escuelas de medicina
- incorporación del tratamiento de la dependencia del tabaco en los programas de estudios de las escuelas de odontología
- incorporación del tratamiento de la dependencia del tabaco en los programas de estudios de las escuelas de enfermería
- incorporación del tratamiento de la dependencia del tabaco en los programas de estudios de las escuelas de farmacia
- facilitación de la accesibilidad y asequibilidad de los productos farmacéuticos

#### **Artículo 15**

- exigencia de indicación obligatoria que ayude a determinar el origen del producto\*
- exigencia de indicación obligatoria que ayude a determinar si el producto se vende legalmente\*
- exigencia de declaración obligatoria en todos los paquetes de productos de tabaco
- adopción de un régimen de seguimiento que dé más garantías al sistema de distribución
- obligación de que la información o las indicaciones figuren en forma legible\*
- obligación de seguimiento del comercio transfronterizo
- promulgación de legislación contra el comercio ilícito\*
- exigencia de la destrucción de los equipos de fabricación decomisados
- reglamentación del almacenamiento y la distribución de productos de tabaco
- posibilidad de incautación de los beneficios derivados del comercio ilícito\*
- promoción de la cooperación para eliminar el comercio ilícito
- exigencia de licencias para controlar la producción y distribución\*

#### **Artículo 16**

- prohibición de la venta de productos de tabaco a los menores\*
- obligación de anuncio claro y destacado en los lugares de venta
- obligación de que los vendedores soliciten que el comprador demuestre la mayoría de edad
- prohibición de que los productos de tabaco en venta estén directamente accesibles
- prohibición de la fabricación y venta de cualquier objeto que tenga forma de producto de tabaco

- 
- prohibición de la venta de productos de tabaco por máquinas expendedoras
  - prohibición de la distribución gratuita de productos de tabaco al público\*
  - prohibición de la distribución gratuita de productos de tabaco a los menores\*
  - prohibición de la venta de cigarrillos sueltos o en paquetes pequeños\*
  - previsión de sanciones contra los vendedores\*
  - prohibición de la venta de productos de tabaco por menores\*

#### **Artículo 17**

- promoción de alternativas viables para los cultivadores de tabaco
- promoción de alternativas viables para los trabajadores de las fábricas de tabaco
- promoción de alternativas viables para los pequeños vendedores de tabaco

#### **Artículo 18**

- aplicación de medidas por lo que respecta al cultivo de tabaco, en las que se tenga en cuenta la protección del medio ambiente
- aplicación de medidas por lo que respecta al cultivo de tabaco, en las que se tenga en cuenta la salud de las personas
- aplicación de medidas por lo que respecta a la fabricación de productos de tabaco, en las que se tenga en cuenta la protección del medio ambiente
- aplicación de medidas por lo que respecta a la fabricación de productos de tabaco, en las que se tenga en cuenta la salud de las personas

#### **Artículo 19**

- adopción de medidas legislativas o la promoción de las leyes vigentes para ocuparse de la responsabilidad penal y civil, inclusive la compensación\*
- inicio de alguna acción por responsabilidad penal y/o civil
- adopción de alguna medida legislativa contra la industria tabacalera a fin de obtener el reembolso total o parcial de distintos costos

#### **Artículo 20**

- promoción de investigaciones que aborden los factores determinantes del consumo de tabaco\*<sup>53</sup>
- promoción de investigaciones que aborden las consecuencias del consumo de tabaco
- promoción de investigaciones que aborden los indicadores sociales y económicos
- promoción de investigaciones que aborden el consumo de tabaco entre las mujeres
- promoción de investigaciones que aborden la exposición al humo de tabaco\*
- promoción de investigaciones que aborden la determinación de programas eficaces de tratamiento de la dependencia del tabaco
- promoción de investigaciones que aborden medios de subsistencia alternativos\*
- capacitación ofrecida a quienes se ocupan de actividades de control del tabaco\*

---

<sup>53</sup> Combinada con la investigación sobre las consecuencias del consumo de tabaco en el análisis de los progresos realizados.



- establecimiento de un sistema nacional de vigilancia epidemiológica de los patrones del consumo de tabaco\*
- establecimiento de un sistema nacional de vigilancia epidemiológica de los determinantes del consumo de tabaco
- establecimiento de un sistema nacional de vigilancia epidemiológica de las consecuencias del consumo de tabaco
- establecimiento de un sistema nacional de vigilancia epidemiológica de los indicadores sociales, económicos y de salud relacionados con el consumo de tabaco
- establecimiento de un sistema nacional de vigilancia de la exposición al humo de tabaco
- intercambio de información de índole científica y técnica\*
- intercambio de información sobre las prácticas de la industria tabacalera
- intercambio de información sobre el cultivo del tabaco
- creación de una base de datos sobre las leyes y reglamentos de control del tabaco\*
- creación de una base de datos sobre la información referente al cumplimiento de la normativa
- creación de una base de datos sobre la jurisprudencia pertinente

#### **Artículo 22**

- prestación de asistencia para la transferencia de conocimientos especializados y tecnología
- prestación de asistencia especializada para el establecimiento de programas de control del tabaco
- prestación de asistencia para la formación y sensibilización del personal
- prestación de asistencia para materiales, equipos y logística
- prestación de asistencia en materia de métodos de control del tabaco, por ejemplo, para el tratamiento de la adicción a la nicotina
- prestación de asistencia para la investigación de la asequibilidad del tratamiento de la adicción a la nicotina
- solicitud a las organizaciones internacionales de facilitación de asistencia a las Partes que son países en desarrollo

## ANEXO 3

### ESTADO DE APLICACIÓN DE LAS DISPOSICIONES DEL CONVENIO SUJETAS A PLAZO

Parte	Fecha de entrada en vigor	Artículo 11 (plazo de tres años)										Artículo 13 (plazo de cinco años)						
		Plazo	Prohibición de descriptores que induzcan a error	Existencia de advertencias sanitarias	Aprobación de la autoridad nacional competente	Rotación de las advertencias sanitarias	Advertencias sanitarias claras, visibles y legibles	No menos del 30%	50% o más	Imágenes o pictogramas	Total	Total	Prohibición total*	Publicidad transfronteriza	Total			
Afganistán	11/11/2010	11/11/2013													1	X		
Albania	25/07/2006	25/07/2009	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	2	X	X	
Alemania	16/03/2005	16/03/2008	X	X											2	X	X	
Antigua y Barbuda	03/09/2006	03/09/2009																
Argelia	28/09/2006	28/09/2009	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	2	X	X	
Australia	27/02/2005	27/02/2008	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	2	X	X	
Austria	14/12/2005	14/12/2008	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	2	X	X	
Azerbaiyán	30/01/2006	30/01/2009	X	X														
Bahamas	01/02/2010	01/02/2013																
Bahrein	18/06/2007	18/06/2010		X												X		1
Bangladesh	27/02/2005	27/02/2008		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	2	X	X	
Barbados	01/02/2006	01/02/2009		X											1			
Belarús	07/12/2005	07/12/2008	X	X												X		1
Bélgica	30/01/2006	30/01/2009	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	2	X	X	
Benin	01/02/2006	01/02/2009																
Bhután	27/02/2005	27/02/2008	X	X											2	X		1

\* Prohibición total según la definición de la Parte. Sin embargo, las definiciones que dan las Partes de prohibición total de la publicidad, la promoción y el patrocinio son variables y no siempre abarcan todas las medidas específicas que se piden en las directrices para la aplicación del artículo 13.

Parte	Fecha de entrada en vigor	Artículo 11 (plazo de tres años)										Artículo 13 (plazo de cinco años)			
		Plazo	Prohibición de descriptores que induzcan a error	Existencia de advertencias sanitarias	Aprobación de la autoridad nacional competente	Rotación de las advertencias sanitarias	Advertencias sanitarias claras, visibles y legibles	No menos del 30%	50% o más	Imágenes o pictogramas	Total	Plazo	Prohibición total*	Publicidad transfronteriza	Total
Bolivia (Estado Plurinacional de)	14/12/2005	14/12/2008	X	X	X	X	X	X	X	X	X	14/12/2010			
Bosnia y Herzegovina	08/10/2009	08/10/2012	X	X	X	X	X	X	X	X	X	08/10/2014	X	X	2
Botswana	01/05/2005	01/05/2008	X	X	X	X	X	X	X	X	X	01/05/2010	X	X	2
Brasil	01/02/2006	01/02/2009	X	X	X	X	X	X	X	X	X	01/02/2011	X	X	2
Brunei Darussalam	27/02/2005	27/02/2008		X	X	X	X	X	X	X	X	27/02/2010			
Bulgaria	05/02/2006	05/02/2009	X	X	X	X	X	X	X	X	X	05/02/2011			
Burkina Faso	29/10/2006	29/10/2009	X	X	X	X	X	X	X	X	X	29/10/2011	X	X	2
Camboya	13/02/2006	13/02/2009	X	X	X	X	X	X	X	X	X	13/02/2011			
Canadá	27/02/2005	27/02/2008	X	X	X	X	X	X	X	X	X	27/02/2010			
Chad	30/04/2006	30/04/2009		X								30/04/2011	X		1
Chile	11/09/2005	11/09/2008		X	X	X	X	X	X	X	X	11/09/2010			
China	09/01/2006	09/01/2009	X	X	X	X	X	X	X	X	X	09/01/2011			
Chipre	24/01/2006	24/01/2009	X	X	X	X	X	X	X	X	X	24/01/2011	X	X	2
Colombia	09/07/2008	09/07/2011	X	X	X	X	X	X	X	X	X	09/07/2013	X	X	2
Comoras	24/04/2006	24/04/2009	X	X	X	X	X	X	X	X	X	24/04/2011	X	X	2
Congo	07/05/2007	07/05/2010										07/05/2012			

Parte	Fecha de entrada en vigor	Artículo 11 (plazo de tres años)										Artículo 13 (plazo de cinco años)						
		Plazo	Prohibición de descriptores que induzcan a error	Existencia de advertencias sanitarias	Aprobación de la autoridad nacional competente	Rotación de las advertencias sanitarias	Advertencias sanitarias claras, visibles y legibles	No menos del 30%	50% o más	Imágenes o pictogramas	Total	Total	Prohibición total*	Publicidad transfronteriza	Total			
Costa Rica	19/11/2008	19/11/2011	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	19/11/2013	X			1
Croacia	12/10/2008	12/10/2011	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	12/10/2013	X			1
Dinamarca	16/03/2005	16/03/2008	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	16/03/2010	X			1
Djibouti	29/10/2005	29/10/2008	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	29/10/2010	X		X	2
Ecuador	23/10/2006	23/10/2009	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	23/10/2011				2
Egipto	26/05/2005	26/05/2008		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	26/05/2010				2
Emiratos Árabes Unidos	05/02/2006	05/02/2009	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	05/02/2011	X		X	2
Eslovenia	13/06/2005	13/06/2008	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	13/06/2010	X		X	2
España	11/04/2005	11/04/2008	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	11/04/2010	X		X	2
Estonia	25/10/2005	25/10/2008	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	25/10/2010	X			1
Federación de Rusia	01/09/2008	01/09/2011		X							X	X	X	01/09/2013				1
Fiji	27/02/2005	27/02/2008	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	27/02/2010	X			1
Filipinas	04/09/2005	04/09/2008	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	04/09/2010				2
Finlandia	24/04/2005	24/04/2008	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	24/04/2010	X		X	2
Francia	27/02/2005	27/02/2008	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	27/02/2010	X		X	2
Gabón	21/05/2009	21/05/2012	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	21/05/2014				2
Gambia	17/12/2007	17/12/2010	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	17/12/2012	X		X	2

Parte	Fecha de entrada en vigor	Artículo 11 (plazo de tres años)										Artículo 13 (plazo de cinco años)							
		Plazo	Prohibición de descriptores que induzcan a error	Existencia de advertencias sanitarias	Aprobación de la autoridad nacional competente	Rotación de las advertencias sanitarias	Advertencias sanitarias claras, visibles y legibles	No menos del 30%	50% o más	Imágenes o pictogramas	Total	Total	Prohibición total*	Publicidad transfronteriza	Total				
Georgia	15/05/2006	15/05/2009	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	6	15/05/2011				
Ghana	27/02/2005	27/02/2008	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	7	27/02/2010				
Grecia	27/04/2006	27/04/2009	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	6	27/04/2011	X	X		2
Guatemala	14/02/2006	14/02/2009	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	4	14/02/2011				
Guyana	14/12/2005	14/12/2008	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	7	14/12/2010				
Honduras	17/05/2005	17/05/2008	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	8	17/05/2010	X	X		2
Hungría	27/02/2005	27/02/2008	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	7	27/02/2010	X	X		2
Iraq	15/06/2008	15/06/2011				X								2	15/06/2013				
Irlanda	05/02/2006	05/02/2009	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	6	05/02/2011	X	X		2
Islandia	27/02/2005	27/02/2008	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	7	27/02/2010	X			1
Islas Cook	27/02/2005	27/02/2008	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	8	27/02/2010	X	X		1
Islas Salomón	27/02/2005	27/02/2008	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	7	27/02/2010	X	X		2
Israel	22/11/2005	22/11/2008	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	6	22/11/2010				
Italia	30/09/2008	30/09/2011	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	6	30/09/2013	X	X		2
Japón	27/02/2005	27/02/2008	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	6	27/02/2010				
Jordania	27/02/2005	27/02/2008	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	8	27/02/2010	X			1

Parte	Fecha de entrada en vigor	Artículo 11 (plazo de tres años)										Artículo 13 (plazo de cinco años)			
		Plazo	Prohibición de descriptores que induzcan a error	Existencia de advertencias sanitarias	Aprobación de la autoridad nacional competente	Rotación de las advertencias sanitarias	Advertencias sanitarias claras, visibles y legibles	No menos del 30%	50% o más	Imágenes o pictogramas	Total	Plazo	Prohibición total*	Publicidad transfronteriza	Total
Kazajstán	22/04/2007	22/04/2010	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	1	
Kirguistán	23/08/2006	23/08/2009	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	2	
Kuwait	10/08/2006	10/08/2009	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	1	
Lesotho	14/04/2005	14/04/2008													
Letonia	11/05/2005	11/05/2008	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	2	
Líbano	07/03/2006	07/03/2009	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	2	
Libia	05/09/2005	05/09/2008	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	2	
Lituania	16/03/2005	16/03/2008	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	2	
Madagascar	27/02/2005	27/02/2008	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	2	
Malasia	15/12/2005	15/12/2008	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	2	
Malí	17/01/2006	17/01/2009	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	2	
Malta	27/02/2005	27/02/2008	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	2	
México	27/02/2005	27/02/2008	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	2	
Micronesia (Estados Federados de)	16/06/2005	16/06/2008													
Mongolia	27/02/2005	27/02/2008	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	2	
Montenegro	21/01/2007	21/01/2010	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	1	

Parte	Fecha de entrada en vigor	Artículo 11 (plazo de tres años)										Artículo 13 (plazo de cinco años)				
		Plazo	Prohibición de descriptores que induzcan a error	Existencia de advertencias sanitarias	Aprobación de la autoridad nacional competente	Rotación de las advertencias sanitarias	Advertencias sanitarias claras, visibles y legibles	No menos del 30%	50% o más	Imágenes o pictogramas	Total	Plazo	Prohibición total*	Publicidad transfronteriza	Total	
Namibia	05/02/2006	05/02/2009	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	05/02/2011	X	1
Nepal	05/02/2007	05/02/2010	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	05/02/2012	X	1
Níger	23/11/2005	23/11/2008	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	23/11/2010	X	1
Noruega	27/02/2005	27/02/2008	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	27/02/2010	X	1
Nueva Zelandia	27/02/2005	27/02/2008	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	27/02/2010	X	2
Omán	07/06/2005	07/06/2008	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	07/06/2010	X	1
Países Bajos	27/04/2005	27/04/2008	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	27/04/2010	X	2
Palau	27/02/2005	27/02/2008	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	27/02/2010	X	2
Panamá	27/02/2005	27/02/2008	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	27/02/2010	X	2
Paraguay	25/12/2006	25/12/2009	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	25/12/2011	X	2
Perú	28/02/2005	28/02/2008	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	28/02/2010	X	2
Portugal	06/02/2006	06/02/2009	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	06/02/2011	X	2
Qatar	27/02/2005	27/02/2008	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	27/02/2010	X	2
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	16/03/2005	16/03/2008	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	16/03/2010	X	2
República Centroafricana	05/02/2006	05/02/2009	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	05/02/2011	X	2

Parte	Fecha de entrada en vigor	Artículo 11 (plazo de tres años)										Artículo 13 (plazo de cinco años)						
		Plazo	Prohibición de descriptores que induzcan a error	Existencia de advertencias sanitarias	Aprobación de la autoridad nacional competente	Rotación de las advertencias sanitarias	Advertencias sanitarias claras, visibles y legibles	No menos del 30%	50% o más	Imágenes o pictogramas	Total	Plazo	Prohibición total*	Publicidad transfronteriza	Total			
República de Corea	14/08/2005	14/08/2008		X	X	X	X	X						5	14/08/2010			
República Democrática Popular Lao	05/12/2006	05/12/2009	X	X	X	X	X							6	05/12/2011			
República de Moldova	04/05/2009	04/05/2012	X	X	X	X	X							6	04/05/2014			
República Popular Democrática de Corea	26/07/2005	26/07/2008	X	X	X	X	X							5	26/07/2010	X		1
Rwanda	17/01/2006	17/01/2009													17/01/2011	X	X	2
Saint Kitts y Nevis	19/09/2011	19/09/2014													19/09/2016			
San Marino	27/02/2005	27/02/2008	X											1	27/02/2010	X		1
Santo Tomé y Príncipe	11/07/2006	11/07/2009													11/07/2011			
San Vicente y las Granadinas	27/01/2011	27/01/2014													27/01/2016			
Senegal	27/04/2005	27/04/2008													27/04/2010			
Serbia	09/05/2006	09/05/2009	X	X	X	X	X							6	09/05/2011	X		1
Seychelles	2/27/2005	2/27/2008	X	X	X	X	X							8	2/27/2010	X	X	2
Sierra Leona	20/08/2009	20/08/2012													20/08/2014			
Singapur	27/02/2005	27/02/2008	X	X	X	X	X							8	27/02/2010	X		1
Sri Lanka	27/02/2005	27/02/2008		X		X	X							3	27/02/2010	X		1

Parte	Fecha de entrada en vigor	Artículo 11 (plazo de tres años)										Artículo 13 (plazo de cinco años)			
		Plazo	Prohibición de descriptores que induzcan a error	Existencia de advertencias sanitarias	Aprobación de la autoridad nacional competente	Rotación de las advertencias sanitarias	Advertencias sanitarias claras, visibles y legibles	No menos del 30%	50% o más	Imágenes o pictogramas	Total	Plazo	Prohibición total*	Publicidad transfronteriza	Total
Sudáfrica	18/07/2005	18/07/2008	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	1
Sudán	29/01/2006	29/01/2009											X	2	
Suecia	05/10/2005	05/10/2008	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	2	
Suriname	16/03/2009	16/03/2012	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	1	
Swazilandia	13/04/2006	13/04/2009	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	2	
Togo	13/02/2006	13/02/2009	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	2	
Tonga	07/07/2005	07/07/2008	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	2	
Trinidad y Tabago	27/02/2005	27/02/2008	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	2	
Túnez	05/09/2010	05/09/2013		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	2	
Turquía	31/03/2005	31/03/2008	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	1	
Tuvalu	25/12/2005	25/12/2008	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	1	
Ucrania	04/09/2006	04/09/2009	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Vanuatu	15/12/2005	15/12/2008	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	2	
Viet Nam	17/03/2005	17/03/2008	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	1	
Yemen	23/05/2007	23/05/2010	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	1	

<b>Artículo 8 (plazo de cinco años, tal como recomiendan las directrices)<sup>54</sup></b>																			
<b>Parte</b>	<b>Fecha de entrada en vigor</b>	<b>Plazo</b>	<b>Edificios públicos</b>	<b>Establecimientos de atención sanitaria</b>	<b>Establecimientos de enseñanza</b>	<b>Universidades</b>	<b>Lugares de trabajo privados</b>	<b>Aviones</b>	<b>Trenes</b>	<b>Embarcaciones</b>	<b>Transporte público vial</b>	<b>Vehículos de motor utilizados como lugares de trabajo</b>	<b>Vehículos privados</b>	<b>Establecimientos culturales</b>	<b>Centros comerciales</b>	<b>Pubs y bares</b>	<b>Clubes nocturnos</b>	<b>Restaurantes</b>	<b>Total</b>
Afganistán	11/11/2010	11/11/2015	X	X	X	X		X			X			X				X	9
Albania	25/07/2006	25/07/2011	X	X	X		X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	15
Alemania	16/03/2005	16/03/2010	X	X				X	X		X	X							6
Antigua y Barbuda	03/09/2006	03/09/2011	X									X							2
Argelia	28/09/2006	28/09/2011	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	15
Australia	27/02/2005	27/02/2010	X	X	X	X		X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	14
Austria	14/12/2005	14/12/2010			X			X	X		X	X		X	X	X		X	11
Azerbaiyán	30/01/2006	30/01/2011		X				X						X					3
Bahamas	01/02/2010	01/02/2015	X	X	X	X		X						X	X				7
Bahrein	18/06/2007	18/06/2012	X	X				X				X		X	X				6
Bangladesh	27/02/2005	27/02/2010	X	X	X			X	X	X	X								7
Barbados	01/02/2006	01/02/2011	X	X	X	X	X				X	X		X	X	X	X	X	12
Belarús	07/12/2005	07/12/2010	X	X	X	X		X			X			X	X				8
Bélgica	30/01/2006	30/01/2011	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	15
Benin	01/02/2006	01/02/2011		X		X	X	X	X		X	X							7
Bhután	27/02/2005	27/02/2010	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X	X	X	X	14

<sup>54</sup> Prohibición total de fumar tabaco en función del tipo de lugar público. Varias Partes que comunicaron que son pocos o ninguno los lugares públicos donde la prohibición es total también ofrecieron explicaciones sobre su interpretación de la completitud o parcialidad de sus respectivas reglamentaciones.



<b>Artículo 8 (plazo de cinco años, tal como recomiendan las directrices)<sup>54</sup></b>																			
Parte	Fecha de entrada en vigor	Plazo	Edificios públicos	Establecimientos de atención sanitaria	Establecimientos de enseñanza	Universidades	Lugares de trabajo privados	Aviones	Trenes	Embarcaciones	Transporte público vial	Vehículos de motor utilizados como lugares de trabajo	Vehículos privados	Establecimientos culturales	Centros comerciales	Pubs y bares	Clubes nocturnos	Restaurantes	Total
Croacia	12/10/2008	12/10/2013	X	X	X			X	X			X		X					8
Dinamarca	16/03/2005	16/03/2010						X	X			X							4
Djibouti	29/10/2005	29/10/2010	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X	X			X	11
Ecuador	23/10/2006	23/10/2011	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X		X	15
Egipto	26/05/2005	26/05/2010		X	X			X	X	X				X					6
Emiratos Árabes Unidos	05/02/2006	05/02/2011	X	X	X		X	X	X		X	X	X	X					10
Eslovenia	13/06/2005	13/06/2010	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X		X	15
España	11/04/2005	11/04/2010	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X		X	15
Estonia	25/10/2005	25/10/2010			X			X			X								4
Federación de Rusia	01/09/2008	01/09/2013																	
Fiji	27/02/2005	27/02/2010	X	X	X		X	X	X	X	X	X		X				X	11
Filipinas	04/09/2005	04/09/2010	X	X	X	X	X	X	X		X								8
Finlandia	24/04/2005	24/04/2010			X			X											2
Francia	27/02/2005	27/02/2010	X	X	X			X	X		X								6
Gabón	21/05/2009	21/05/2014						X											1
Gambia	17/12/2007	17/12/2012									X	X							2
Georgia	15/05/2006	15/05/2011						X											1

		<b>Artículo 8 (plazo de cinco años, tal como recomiendan las directrices)<sup>54</sup></b>																	
Parte	Fecha de entrada en vigor	Plazo	Edificios públicos	Establecimientos de atención sanitaria	Establecimientos de enseñanza	Universidades	Lugares de trabajo privados	Aviones	Trenes	Embarcaciones	Transporte público vial	Vehículos de motor utilizados como lugares de trabajo	Vehículos privados	Establecimientos culturales	Centros comerciales	Pubs y bares	Clubes nocturnos	Restaurantes	Total
			Ghana	27/02/2005	27/02/2010	X	X	X	X	X	X	X		X				X	X
Grecia	27/04/2006	27/04/2011	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	15
Guatemala	14/02/2006	14/02/2011	X	X	X	X	X	X			X	X		X	X	X	X	X	13
Guyana	14/12/2005	14/12/2010	X	X	X	X													2
Honduras	17/05/2005	17/05/2010	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	16
Hungría	27/02/2005	27/02/2010	X	X	X	X	X		X		X			X	X	X	X	X	12
Iraq	15/06/2008	15/06/2013		X				X											2
Irlanda	05/02/2006	05/02/2011	X	X	X	X	X	X	X		X	X		X	X	X	X	X	14
Islandia	27/02/2005	27/02/2010	X	X	X	X		X	X		X	X		X	X	X	X	X	13
Islas Cook	27/02/2005	27/02/2010	X	X	X	X		X		X	X	X		X	X	X	X	X	13
Islas Salomón	27/02/2005	27/02/2010	X	X	X	X		X				X							6
Israel	22/11/2005	22/11/2010	X	X				X	X		X								5
Italia	30/09/2008	30/09/2013		X				X	X		X	X							5
Japón	27/02/2005	27/02/2010																	
Jordania	27/02/2005	27/02/2010		X			X	X						X					4
Kazajstán	22/04/2007	22/04/2012	X	X	X	X		X						X	X				7
Kirguistán	23/08/2006	23/08/2011	X	X	X	X		X			X	X							7

		<b>Artículo 8 (plazo de cinco años, tal como recomiendan las directrices)<sup>54</sup></b>																	
<b>Parte</b>	<b>Fecha de entrada en vigor</b>	<b>Plazo</b>	<b>Edificios públicos</b>	<b>Establecimientos de atención sanitaria</b>	<b>Establecimientos de enseñanza</b>	<b>Universidades</b>	<b>Lugares de trabajo privados</b>	<b>Aviones</b>	<b>Trenes</b>	<b>Embarcaciones</b>	<b>Transporte público vial</b>	<b>Vehículos de motor utilizados como lugares de trabajo</b>	<b>Vehículos privados</b>	<b>Establecimientos culturales</b>	<b>Centros comerciales</b>	<b>Pubs y bares</b>	<b>Clubes nocturnos</b>	<b>Restaurantes</b>	<b>Total</b>
Kuwait	10/08/2006	10/08/2011						X		X								X	2
Lesotho	14/04/2005	14/04/2010	X	X														X	3
Letonia	11/05/2005	11/05/2010			X	X		X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	12
Líbano	07/03/2006	07/03/2011	X	X	X	X		X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	14
Libia	05/09/2005	05/09/2010	X	X	X	X		X			X			X	X	X			9
Lituania	16/03/2005	16/03/2010		X	X						X	X		X	X		X	X	8
Madagascar	27/02/2005	27/02/2010	X	X	X	X		X	X	X	X	X							9
Malasia	15/12/2005	15/12/2010	X	X	X	X		X	X	X	X	X		X	X				11
Malí	17/01/2006	17/01/2011						X											1
Malta	27/02/2005	27/02/2010	X	X	X		X	X			X	X		X	X	X	X	X	11
México	27/02/2005	27/02/2010			X			X	X		X	X		X	X				6
Micronesia (Estados Federados de)	16/06/2005	16/06/2010	X	X															3
Mongolia	27/02/2005	27/02/2010																	
Montenegro	21/01/2007	21/01/2012	X	X	X		X	X	X		X	X		X	X	X	X	X	12
Namibia	05/02/2006	05/02/2011	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	15
Nepal	05/02/2007	05/02/2012	X	X	X	X		X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	14

		<b>Artículo 8 (plazo de cinco años, tal como recomiendan las directrices)<sup>54</sup></b>																	
		<b>Total</b>																	
<b>Parte</b>	<b>Fecha de entrada en vigor</b>	<b>Plazo</b>	<b>Edificios públicos</b>	<b>Establecimientos de atención sanitaria</b>	<b>Establecimientos de enseñanza</b>	<b>Universidades</b>	<b>Lugares de trabajo privados</b>	<b>Aviones</b>	<b>Trenes</b>	<b>Embarcaciones</b>	<b>Transporte público vial</b>	<b>Vehículos de motor utilizados como lugares de trabajo</b>	<b>Vehículos privados</b>	<b>Establecimientos culturales</b>	<b>Centros comerciales</b>	<b>Pubs y bares</b>	<b>Clubes nocturnos</b>	<b>Restaurantes</b>	
						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Níger	23/11/2005	23/11/2010	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Noruega	27/02/2005	27/02/2010		X	X	X	X	X			X	X				X	X	X	
Nueva Zelandia	27/02/2005	27/02/2010	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Omán	07/06/2005	07/06/2010	X	X	X	X	X	X		X	X			X	X		X	X	
Países Bajos	27/04/2005	27/04/2010	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Palau	27/02/2005	27/02/2010	X	X	X	X	X	X		X	X	X		X	X				
Panamá	27/02/2005	27/02/2010	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Paraguay	25/12/2006	25/12/2011	X	X	X	X	X	X			X			X	X	X	X	X	X
Perú	28/02/2005	28/02/2010	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Portugal	06/02/2006	06/02/2011		X	X	X	X	X	X		X	X		X					
Qatar	27/02/2005	27/02/2010	X	X				X		X								X	
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	16/03/2005	16/03/2010	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
República Centroafricana	05/02/2006	05/02/2011																	
República de Corea	14/08/2005	14/08/2010	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

		<b>Artículo 8 (plazo de cinco años, tal como recomiendan las directrices)<sup>54</sup></b>																		
Parte	Fecha de entrada en vigor	Plazo	Edificios públicos	Establecimientos de atención sanitaria	Establecimientos de enseñanza	Universidades	Lugares de trabajo privados	Aviones	Trenes	Embarcaciones	Transporte público vial	Vehículos de motor utilizados como lugares de trabajo	Vehículos privados	Establecimientos culturales	Centros comerciales	Pubs y bares	Clubes nocturnos	Restaurantes	Total	
			República Democrática Popular Lao	05/12/2006	05/12/2011	X	X	X			X				X		X			
República de Moldova	04/05/2009	04/05/2014	X	X	X	X		X	X		X	X								8
República Popular Democrática de Corea	26/07/2005	26/07/2010	X	X	X	X		X		X	X			X	X					9
Rwanda	17/01/2006	17/01/2011	X	X	X	X	X			X	X	X		X	X	X	X	X		14
Saint Kitts y Nevis	19/09/2011	19/09/2016																		
San Marino	27/02/2005	27/02/2010	X	X	X	X				X	X	X		X						8
Santo Tomé y Príncipe	11/07/2006	11/07/2011																		
San Vicente y las Granadinas	27/01/2011	27/01/2016																		
Senegal	27/04/2005	27/04/2010																		
Serbia	09/05/2006	09/05/2011	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X					12
Seychelles	2/27/2005	2/27/2010	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X		15
Sierra Leona	20/08/2009	20/08/2014																		
Singapur	27/02/2005	27/02/2010	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X				X	12
Sri Lanka	27/02/2005	27/02/2010	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	10

		<b>Artículo 8 (plazo de cinco años, tal como recomiendan las directrices)<sup>54</sup></b>																	
<b>Parte</b>	<b>Fecha de entrada en vigor</b>	<b>Plazo</b>	<b>Edificios públicos</b>	<b>Establecimientos de atención sanitaria</b>	<b>Establecimientos de enseñanza</b>	<b>Universidades</b>	<b>Lugares de trabajo privados</b>	<b>Aviones</b>	<b>Trenes</b>	<b>Embarcaciones</b>	<b>Transporte público vial</b>	<b>Vehículos de motor utilizados como lugares de trabajo</b>	<b>Vehículos privados</b>	<b>Establecimientos culturales</b>	<b>Centros comerciales</b>	<b>Pubs y bares</b>	<b>Clubes nocturnos</b>	<b>Restaurantes</b>	<b>Total</b>
Sudáfrica	18/07/2005	18/07/2010						X			X	X						X	3
Sudán	29/01/2006	29/01/2011																	
Suecia	05/10/2005	05/10/2010																	
Suriname	16/03/2009	16/03/2014	X	X	X	X		X			X	X							7
Swazilandia	13/04/2006	13/04/2011	X	X	X	X		X			X	X		X	X			X	10
Togo	13/02/2006	13/02/2011	X	X	X	X		X	X	X	X	X		X	X				12
Tonga	07/07/2005	07/07/2010	X	X	X	X		X		X	X	X	X						10
Trinidad y Tabago	27/02/2005	27/02/2010	X	X	X	X		X		X	X	X		X	X	X		X	14
Túnez	05/09/2010	05/09/2015		X	X	X		X	X	X				X	X				7
Turquía	31/03/2005	31/03/2010	X	X	X	X		X	X	X	X	X		X	X	X		X	15
Tuvalu	25/12/2005	25/12/2010	X	X	X	X		X			X	X							7
Ucrania	04/09/2006	04/09/2011		X	X	X		X	X		X								6
Vanuatu	15/12/2005	15/12/2010						X											1
Viet Nam	17/03/2005	17/03/2010	X	X	X	X		X	X		X	X						X	9
Yemen	23/05/2007	23/05/2012						X			X								2

Secretaría del Convenio  
Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco  
Organización Mundial de la Salud  
Avenue Appia 20, 1211 Ginebra 27, Suiza  
Tel.: +4122 791 5043  
FAX: +4122 791 5830  
Email: [ftcsecretariat@who.int](mailto:ftcsecretariat@who.int)  
Web: [www.who.int/ftc](http://www.who.int/ftc)

ISBN 978 92 4 350465 0

